



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ANÁLISE COMPARATIVA DO DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE
SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS
E SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO (EUA)**

Rita Margarida de Borges Prazeres Carvalho da Fonseca Marques

9.º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Especialização em Administração e Políticas de Saúde

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em

Saúde Pública

Lisboa, Março de 2008



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ANÁLISE COMPARATIVA DO DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE
SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS
E SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO (EUA)**

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Lobato de Faria

Rita Margarida de Borges Prazeres Carvalho da Fonseca Marques
9.º Curso de Mestrado em Saúde Pública
Especialização em Administração e Políticas de Saúde
Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública
Lisboa, Março de 2008

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da inteira responsabilidade do seu autor.

“Today and every day, the lives of vast numbers of people lie in the hands of health systems (...) health systems have a vital and continuing responsibility to people throughout the lifespan. They are crucial to the healthy development of individuals, families and societies everywhere.” WHO, 2000

À minha Mãe,

Pelo exemplo de tenacidade, constância,
abnegação e trabalho em cada dia.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Paula Lobato de Faria pela amizade, pelas oportunidades e apoio sempre demonstrados ao longo deste percurso.

À Dr.^a Isabel Andrade pela disponibilidade constante.

À Sara, pelo apoio inexcedível na fase final.

A todos quantos na Escola ajudaram a tornar cada momento deste “trabalho de investigação” tão recompensador.

À minha família.

RESUMO

O presente estudo situa-se nas áreas gerais da Saúde Pública, dos Sistemas de Saúde e do Acesso à Prestação de Cuidados de Saúde e procura analisar o conteúdo e concretização do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde na perspectiva de dois sistemas de saúde paradigmaticamente distintos, um sistema de acesso universal, representado pelo Serviço Nacional de Saúde português e um sistema de saúde de “não universal”, cujo paradigma é o modelo existente nos Estados Unidos da América, onde entidades gestoras de cuidados, *Managed Care Organizations*, são chamadas a desempenhar um papel central no acesso e prestação de cuidados de saúde.

O vasto campo de investigação representado pela problemática do acesso a cuidados de saúde e a necessidade de limitar o trabalho de investigação subjazem à definição de quatro vertentes a analisar: (a) a existência ou não de uma base legal que preveja e regule o exercício do direito de acesso a cuidados de saúde; (b) o conteúdo deste direito no âmbito de cada um dos sistemas em estudo; (c) as condições de concretização do acesso a cuidados de saúde em ambos os sistemas, e, por último (d) a existência de garantias de efectivação do mesmo.

Analizados os sistemas em estudo à luz das vertentes apresentadas, concluímos que a existência de um quadro normativo próprio, que explicita o conteúdo e condições de efectivação do direito, apresenta maiores garantias de concretização do exercício do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, entendendo-se que um sistema de acesso dependente da actuação de entidades gestoras de cuidados não beneficia o acesso a cuidados de saúde, nomeadamente por não garantir equidade no momento de procura e necessidade de cuidados.

Os dados apresentados foram recolhidos através do recurso a uma metodologia qualitativa. A análise documental foi aplicada na recolha dos dados relativos à evolução e caracterização dos sistemas, bem como às condições de acesso. No âmbito do sistema de saúde de acesso universal, ou seja, o caso português, procedeu-se essencialmente à análise dos normativos aplicáveis.

No que se refere ao sistema de saúde norte-americano, na ausência de base legal aplicável, recorreu-se sobretudo à análise de literatura e documentos. A participação no

*Second Biennial Seminar in Law and Bioethics*¹ e na *30th Annual Health Law Professors Conference*², realizados em Bóston, EUA, em Julho de 2007, permitiram uma melhor percepção da actual situação da prestação de cuidados naquele País, nomeadamente de algumas das reformas em curso, bem como um melhor entendimento das características do sistema prestador norte-americano em si mesmo.

¹ Seminário organizado nos dias 30 e 31 de Maio, numa colaboração entre a Escola Nacional de Saúde Pública e o Departamento de Direito da saúde, Bioética e Direitos Humanos da Escola de Saúde Pública da Universidade de Bóston, sob o tema: “*Law and ethics in rationing Access to care in a high-cost global economy*”. A nossa participação deveu-se a um convite da Prof.^a Paula Lobato de Faria para colaborar na sessão sobre o sistema de saúde português.

² Reunião realizada em Bóston nos dias 31 de Maio a 2 de Junho, sobretudo a sessão dedicada ao tema “*New Models for Reform*”, sobre os novos modelos de sistema de saúde em desenvolvimento nos EUA.

ABSTRACT

The present study is integrated in the broad areas of Public Health, Health Systems and Access to Health Care Provision. It aims at analysing the contents and the application of the Right of Access to Health Care from the viewpoint of two paradigmatically different health systems: one system characterized by universal access, represented by the Portuguese National Health Service, and one “non-universal” system, the paradigm of which is the U.S. model, in which Managed Care Organizations are called to play a central role in providing health care.

The extensive scope of the research field relating to the issue concerning access to health care and the need to limit research work underlie the determination of four aspects to be analysed: (a) the existence or non-existence of a legal basis considering and regulating the exercise of the right of access to health care; (b) the contents of this right within the scope of each one of the systems under consideration; (c) the conditions to carry out access to health care in both systems; and (d) the existence of guarantees that such an access can be effective.

After having analysed both systems in the light of these aspects, it was concluded that the existence of a normative framework explaining the contents and conditions of the application of the right presents better guarantees for the Right of Access to Health Care to be exercised and that an access system depending on the intervention of Managed Care Organizations does not benefit the access to health care, particularly because it does not guarantee fairness when such care is needed.

The data presented were collected by resorting to a quantitative methodology. Document analysis was applied to collecting data concerning the evolution and characterization of both systems, as well as to the conditions of access. Within the scope of the universal-access health system, i.e., the Portuguese case, the analysis of applicable precepts was carried out.

As far as the U.S. health system is concerned, for lack of an applicable legal basis, it was decided to resort to the analysis of literature and documents. Having participated in the *Second Biennial Seminar in Law and Bioethics*³ and in the *30th Annual Health Law*

³ Seminar that took place on 30-31 May, as a joint venture of the National School of Public Health, New University of Lisbon, and the Department of Health Law, Bioethics and Human Rights, Boston University

*Professors Conference*⁴, which took place in Boston, U.S., in July 2007, contributed to a better perception of the present situation of care provision in that country, as well as a better understanding of the characteristics of the American provision system itself.

School of Public Health, the subject of the seminar being "Law and ethics in rationing access to care in a high-cost global economy". Our participation followed an invitation by Professor Paula Lobato de Faria in order to collaborate in the session on the Portuguese health system.

⁴ Meeting that took place in Boston on 31 May-2 July, in particular the session related to the topic "New models for reform", on the new models of health system in progress in the U.S.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

AMA – *American Medical Association*

APES – Associação Portuguesa de Economia da Saúde

CDI – Centro de Documentação e Informação

CIDESC - Centro Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais

CRP – Constituição da República Portuguesa

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EMTALA - *Emergency Medical Treatment And Labor Act*

EUA – Estados Unidos da América

HCF – *Division of Health Care Financing*

HMO – *Health Maintenance Organizations*

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCO – *Managed Care Organization*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

OESS – Observatório Europeu de Sistemas de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais

POS – *Point-of-service*

PPO – *Preferred Provider Organizations*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	3
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	5
Nota preliminar - O porquê desta temática: um percurso pessoal	6
1. Enquadramento do tema	7
2. O plano de investigação	11
3. Organização da tese	14
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	15
Nota Preliminar	16
1. Delimitação do campo de estudo	17
2. A opção metodológica	18
2.1 O método da ciência jurídica	18
2.2 Metodologias de Saúde Pública	19
2.3 O recurso à metodologia qualitativa	20
A) Significado e contexto	21
B) Adequação face ao tema em estudo	22
C) Conhecimento prévio	24
3. Recolha e tratamento da informação	26
3.1 Recolha da informação	26
3.2 Tratamento da informação	28
4. Principais dificuldades encontradas	29
CAPÍTULO III - DIREITO DE ACESSO	31
A CUIDADOS DE SAÚDE	31
Nota preliminar	32
1. Enquadramento do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde	33
1.1 Génese e conteúdo	33
A) Origens e evolução do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde	33
B) O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e o Direito Social Fundamental de protecção da Saúde – A questão da acessibilidade	37
1.2 Direito de Acesso a Cuidados de Saúde como elemento da Saúde Pública	45
1.3 Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e Sistemas de Saúde	48
A) Os sistemas de saúde - Breves considerações	48
B) A evolução dos sistemas de saúde - Os modelos de Bismarck e Beveridge	51
C) Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e desempenho dos Sistemas de Saúde	54
CAPÍTULO IV - OS SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS E NORTE-AMERICANO (EUA)	58
1. A prestação de cuidados de saúde num sistema de acesso universal - O Serviço Nacional de Saúde Português	59
1.1 Notas sobre a sua evolução	59
A) Até à década de setenta	60
B) Décadas de setenta e oitenta	61
C) De 1990 a 2003	63
1.2 A situação actual	66

A) Uma conjuntura de reforma	66
B) Ênfase nos cuidados primários	67
C) Planeamento Estratégico	67
D) Controlo das despesas	68
1.3 Elementos de efectivação jurídica	69
A) Leis gerais	69
B) A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS	71
C) Entidade Reguladora da saúde	73
D) Outras condições	75
§ 1 Cartão de Utente	75
§ 2 Taxas Moderadoras	76
§ 3 Listas de Espera	77
2. O Acesso a Cuidados de Saúde num sistema de saúde “não universal”	78
2.1 Notas sobre a evolução da prestação de cuidados nos EUA	78
A) Primeiro período – De 1850 a 1900	80
B) Segundo período - De 1900 à Segunda Guerra Mundial	80
C) Terceiro período – Da Segunda Guerra Mundial a 1980	82
D) Quarto período: De 1980 aos nossos dias	84
2.2 A situação actual	85
A) Introdução Geral	85
B) O Acesso a Cuidados de Saúde nos EUA - Os “planos de saúde”	89
§ 1 Introdução geral	90
§ 2. Tipologia de <i>Managed Care Plans</i>	92
a) <i>Preferred provider Organizations</i>	93
b) <i>Health Maintenance Organizations</i>	94
c) <i>Fee-for-service</i>	96
d) <i>Medicare</i>	96
e) <i>Medicaid</i>	98
§ 3 Os “não-segurados”	99
 CAPÍTULO V - ANÁLISE COMPARATIVA DO DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS DOIS SISTEMAS EM ESTUDO	 104
Nota Preliminar	105
1. Existência de base legal específica	105
2. Conteúdo do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde em cada um dos sistemas	109
3. Condições de concretização do Direito de Acesso	110
4. Existência de garantias de efectivação do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde	111
 CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES	 114
1. Conclusões Finais	115
2. Limitações da presente investigação	118
3. Recomendações para investigação futura	119
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 120
 ANEXO I - GRELHA COMPARATIVA	 138
ANEXO II - FICHAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	140
ANEXO III - Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto	142

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Evolução de Indicadores de saúde entre 1960 e 1970.	61
Quadro II – Evolução de Indicadores de saúde entre 1970 e 1997	63
Quadro III - Evolução da prestação de cuidados nos Estados Unidos, de 1850 aos nossos dias	79
Quadro IV - Evolução da estimativa de “não-segurados”	87
Quadro V - Resumo das principais formas de protecção de saúde verificadas	91
Quadro VI - Quadro comparativo dos dois sistemas	113
Quadro VII: Principais vantagens e desvantagens de um sistema de acesso universal	116
Quadro VIII: Principais vantagens e desvantagens de um sistema de acesso “não universal”	117

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Nota preliminar - O porquê desta temática: um percurso pessoal

Porquê a escolha da temática do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde numa dissertação de Mestrado em Saúde Pública? A resposta a esta questão essencial reside na exposição que se segue, tendo por raiz fundamentos de diversa ordem que tentaremos sintetizar.

Findo o período curricular do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, parecia-me claro que o trabalho de investigação, tendo em conta o *curricula*, deveria representar um ponto de contacto entre a minha formação jurídica de base e os novos saberes. No entanto, não podia deixar de me colocar inúmeras dúvidas quando confrontada com a necessidade de realizar um projecto de investigação e dissertação final.

Como sucede com qualquer novidade, cada temática abordada representava um novo desafio, cada descoberta abria uma miríade de possibilidades e inquietações que esperavam respostas. No entanto, urgia limitar um campo de estudo, escolher um tema, equacionar uma abordagem metodológica.

Foi nesta conjuntura que uma conversa com a Prof.^a Doutora Paula Lobato de Faria, em que falámos sobre o seu recente artigo “A crise do *corporate welfare* nos EUA ou o alívio de ter um Serviço Nacional de Saúde⁵”, se tornou decisiva para me situar na questão que gostaria de investigar.

Se em Portugal a agenda da saúde se pautava desde os anos noventa pela adopção de um conjunto de medidas que abriam a prestação de cuidados a novas formas de gestão e de organização, chamando os prestadores privados a uma actuação mais activa, e ao aumento da participação neste sector de entidades gestoras de cuidados de saúde, nos Estados Unidos os elevados custos associados à prestação de cuidados e o número crescente de indivíduos sem acesso a cuidados de saúde (cerca de 43,6 milhões de pessoas⁶) situavam a discussão sobre a idoneidade do sistema de saúde vigente, precisamente numa possível evolução do actual sistema de saúde para um modelo de cobertura universal, como forma de suprir ineficiências sentidas, em especial quanto aos indivíduos não abrangidos por qualquer sistema de saúde, ou “não-segurados”.

⁵ In Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22:1 (Janeiro/Junho de 2004) Pp. 85-87.

⁶ In *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2006*

De facto, nos EUA existe uma enorme variedade de sistemas de prestação de cuidados de saúde, atendendo às características e necessidades das populações, não existindo uniformização, e nenhum dos sistemas “predomina” sobre os restantes no que se refere aos indivíduos cobertos e aos benefícios prestados (Williams & Torrens, 2002). Este mosaico de sistemas, fazendo uso da expressão dos autores citados, constitui uma questão fulcral quando falamos em acesso a cuidados de saúde para todos os indivíduos naquele País, facto a que não é alheia a incapacidade dos diferentes sistemas de prestação de cuidados, de assegurarem a assistência em idênticas condições, gerando grandes assimetrias no acesso a cuidados de saúde.

O chocante paradoxo traduzido na coexistência dos melhores e mais diferenciados cuidados médicos com a impossibilidade de a estes acederem cerca de 43,6 milhões de indivíduos, como já referido (com excepção de situações de urgência ou emergência⁷), resulta num claro afastamento do internacionalmente reconhecido direito fundamental de acesso a cuidados de saúde (ver nomeadamente o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH⁸), justificou a escolha do tema a investigar pelo desafio que se nos colocou de analisar de mais de perto esta realidade tão antagónica ao sistema português.

O facto de inúmeros autores e académicos norte-americanos equacionarem a alteração da organização do sistema de saúde daquele País, e de, pelo contrário em Portugal as medidas adoptadas parecerem por vezes apostar numa certa “americanização” do sector, determinaram a análise comparativa realizada, numa tentativa, no fundo, de mostrar como esta realidade exige alguma ponderação adicional.

1. Enquadramento do tema

O presente trabalho de investigação centra-se nas temáticas gerais da Saúde Pública, dos Sistemas de Saúde e do Acesso à Prestação de Cuidados de Saúde.

⁷ Como resultado da aprovação em 1986 da aprovação no Congresso do denominado *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA), segundo o qual os hospitais e serviços de ambulância passam a estar obrigados a prestar cuidados a qualquer pessoa que necessitasse de tratamento de emergência independentemente da nacionalidade, do estatuto jurídico ou da capacidade de pagamento.

⁸ Este preceito afirma no seu número 1, que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

De facto, entre os diversos aspectos considerados essenciais para a qualidade de vida e bem-estar das populações, a saúde, individual e pública e, consequentemente, o acesso à prestação de cuidados, são elementos fundamentais e centrais na organização social actual. Nem sempre foi assim, e durante o último século muitas foram as mudanças e alterações introduzidas no sector da saúde dos indivíduos e das populações, das quais abordaremos as mudanças do conceito de saúde e saúde pública, a organização da prestação de cuidados atendendo às necessidades e recursos existentes e o reconhecimento do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde.

A primeira alteração ocorre no âmbito dos próprios conceitos, de saúde e de saúde pública, representando a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹ um marco na consolidação e alargamento do conceito de saúde, agora entendido como *“um estado de bem-estar total, físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”*, que adoptamos no presente trabalho.

No que se refere à Saúde Pública, o seu conceito abrange o conjunto organizado de medidas, de natureza pública ou privada, destinadas a prevenir a doença, promover a saúde e prolongar a vida das populações, equacionando, segundo Last (1995), as suas necessidades reais e desenvolvendo actividades que permitam manter e melhorar os níveis de saúde¹⁰, através da redução das doenças, da mortalidade e morbilidades, e do desenvolvimento de esforços adequados à redução de incapacidades e desconforto decorrentes da falta de saúde, numa concretização dos três eixos apresentados por Gonçalves Ferreira (1990), dos quais o primeiro será o conhecimento das causas e formas de aparecimento, evolução e disseminação das doenças, o segundo a definição dos objectivos que se pretendem atingir na luta contra a doença e na melhoria dos níveis de saúde das populações, e por fim, as opções de actuação concebidas para concretizar os objectivos pretendidos.

Desta forma, a saúde individual e colectiva (saúde pública) encontram-se connexionadas entre si, e estreitamente relacionadas com um conjunto de variáveis, os

⁹ Texto disponível em www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm

¹⁰ A melhoria dos níveis de saúde expressa-se através dos chamados *ganhos em saúde*. Este conceito, relativamente recente, expressa, segundo o explanado no Glossário de Promoção da Saúde da OMS (disponível em www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf) o resultado benéfico de uma acção, mensurável no nível de saúde individual ou colectivo.

*Determinantes da saúde*¹¹, nos quais se inserem, de acordo com a Declaração de Jacarta (OMS, 1997) os rendimentos, posição social, educação, envolvente física, estruturas sociais de apoio, factores genéticos, acesso e utilização dos serviços de saúde (prevenção e tratamento) e o género.

Este relacionamento consubstancia-se na atribuição à saúde, e à saúde pública em especial, da responsabilidade pelo desenvolvimento de políticas que garantam o acesso de todos os indivíduos aos cuidados de saúde considerados adequados à sua situação concreta, e que simultaneamente assegurem a organização de cuidados atendendo às necessidades existentes e aos recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis.

De esta última responsabilidade e da forma como as sociedades responderam às necessidades de saúde das populações e organizaram as actividades destinadas a promover, restabelecer ou manter a saúde dos seus indivíduos e da própria comunidade (OMS, 2000), surgiram os “sistemas de saúde”, cujas primeiras formas surgiram por influência de Bismarck (1883) e Beveridge (1946).

No presente trabalho adopta-se o conceito de sistema de saúde vertido no Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2000 (OMS, 2000), segundo o qual, sistema de saúde se traduz num “conjunto de todas as organizações, instituições e recursos dedicados a produzir actividades de saúde, sejam no âmbito da saúde pessoal, dos serviços de saúde pública ou de iniciativas intersectoriais”. Estes sistemas são chamados a desempenhar um importante papel no equilíbrio e desenvolvimento das sociedades, estando definitivamente associados ao desenvolvimento económico, à produtividade e ao bem-estar social, surgindo o acesso a cuidados de saúde como um elemento fundamental da organização e desempenho dos sistemas de saúde.

Na análise realizada, considerámos o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde como elemento fundamental e instrumento da Saúde Pública, o qual se materializa em duas concepções distintas de organização dos sistemas de saúde, um sistema de acesso universal, simbolizado pelo Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), e um sistema não universal, representado pelo sistema de saúde existente no Estados Unidos da América.

¹¹ Sobre *Determinantes da saúde*, entendidos como um conjunto de factores de natureza diversa mas correlacionados, que influem na saúde os indivíduos e das populações, veja-se *The Determinants of Health*, disponível em www.who.int/hia/evidence/doh/en/print.html

Como ponto de partida da investigação, o artigo “A crise do *corporate welfare* nos EUA ou o alívio de ter um Serviço Nacional de Saúde, de Paula Lobato de Faria (2004), no qual a autora descreve a angústia provocada pela ausência de acesso a cuidados de saúde, sentimento que se mantém presente, como demonstram os artigos de Robert Pear, “*Without health benefits, a good life turns fragile*” e de R. Toner e J. Elder, “*Most support U.S. Guarantee of Health Care*”, publicados em Março de 2007 no *New York Times*, e nos quais transparece de forma clara, o sentimento de insegurança e injustiça provocado pela impossibilidade de acesso a cuidados de saúde em circunstâncias idênticas àqueles que possuem qualquer uma das modalidades de seguro existentes naquele País.

Os Estados Unidos da América surgem como o País que mais investe e gasta em cuidados de saúde, mas segundo Wotjczk (2000), são igualmente o País onde os cuidados de saúde nunca estiveram disponíveis ou formam acessíveis para todos os cidadãos em igualdade de circunstâncias, o que gera enormes desigualdades no acesso, visivelmente demonstradas por Michael Moore no seu filme *SICKO* de Junho de 2007, e constitui uma das principais preocupações dos governantes. Veja-se a este respeito o discurso da nação proferido pelo Presidente George Bush em 2007, onde este declara:

*“(...) A future of hope and opportunity requires that all our citizens have affordable and available health care. When it comes to health care, government has an obligation to care for the elderly, the disable, and poor children. And we will meet those responsibilities. For all other Americans, private health insurance is the best way to meet their needs. But many cannot afford a health insurance policy.”*¹²

De acordo com o *National Center for Health Statistics* (NCHS), durante o ano de 2006¹³, cerca de 43,6 milhões de americanos não possuíam qualquer seguro de saúde que garantisse o acesso a cuidados. A procura de soluções para a presente situação, levou o Estado do Massachusetts, entre outros, a aprovar em 2006, *The Massachusetts*

¹² Extracto do discurso sobre o estado da nação proferido em 23 de Janeiro de 2007. Disponível em <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2007/01/20070123-2.html>

¹³ In (Cohen; Martinez 2006)

*Health Care Reform Act*¹⁴, o qual se destina a garantir num período de três anos, uma cobertura quase universal a todos os residentes no Estado.

Também em Portugal o momento é de reforma do sector da saúde. Medidas como a alteração dos modelos de gestão dos hospitais, o encerramento de serviços de atendimento, concentração de unidades de saúde, e uma maior visibilidade dos prestadores privados levam alguns a temer pela continuidade do SNS, com as suas actuais características de universalidade e generalidade.

Estes argumentos levam-nos a considerar que nos dois países, a discussão e reformas dos sistemas de saúde respectivos surgem aparentemente em sentido divergente, constituindo no entanto, o acesso à prestação de cuidados de saúde, um elemento central nas duas realidades, sendo aquele que apresente maior visibilidade e o que mais preocupa as populações.

Com a presente investigação, pretende-se conhecer as especificidades de cada um destes sistemas, no que diz respeito ao direito de cada indivíduo à prestação de cuidados de saúde adequados à sua condição e estado, com vista à obtenção ou manutenção do melhor nível de saúde atingível, bem como entender em qual dos sistemas o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde apresenta maior concretização e constrangimentos.

2. O plano de investigação

O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde decorre da consagração normativa, verificada na segunda metade do século XX, do direito à protecção da saúde, ou direito à saúde, corolários do reconhecimento da dignidade e vida humana como bens jurídicos fundamentais e invioláveis. Isto mesmo resulta de normativos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Carta Constitutiva da OMS, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, entre outros. E do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

¹⁴ Disponível em <http://www.mahealthconnector.org/portal/site/connector/menuitem.d7b34e88a23468a2dbef6f47d7468a0c?fiShown=default>

Entendemos que deveríamos num primeiro momento abordar a questão da evolução do reconhecimento do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde de Bismarck (responsável pela criação do primeiro seguro de saúde obrigatório) até aos nossos dias, passando por Beveridge, e a consagração da universalidade do acesso a todos os indivíduos, ao longo da sua vida, independentemente dos seus rendimentos, idade, sexo e profissão.

Resultado do processo evolutivo, a consagração do direito à protecção da saúde entre os chamados direitos sociais fundamentais, foi objecto de análise, até pela diferença que de uma perspectiva normativa encontrámos entre o ordenamento jurídico português e o norte-americano. Esta diferença encontra-se na génese da organização dos sistemas prestadores de cuidados.

Se em Portugal, o Estado se encontra obrigado à criação de um SNS adequado à satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos por força do preceito constitucional, idêntico ónus não se verifica nos Estados Unidos, onde a saúde não é considerada um bem social fundamental. Isto mesmo parece justificar a diferença de tratamento encontrada no que se refere às questões da equidade e acessibilidade aos cuidados, igualmente previstas na Convenção sobre Direitos do Homem e da Biomedicina.

Identificadas as características e obrigações decorrentes do tratamento normativo do direito em estudo, importava proceder ao seu enquadramento no âmbito da saúde pública, definida pela OMS como “o conjunto de esforços (públicos ou privados) organizados, destinados a proteger, promover, recuperar e manter a saúde de todos os indivíduos enquanto um todo.

Neste contexto, o acesso a cuidados de saúde surge não apenas como a concretização de um direito humano fundamental, mas igualmente como meio para a obtenção de melhores resultados em saúde e maior equidade, como resulta dos Relatórios sobre a Saúde no Mundo da OMS.

Como mencionámos anteriormente, é no âmbito dos sistemas de saúde que se insere a prestação de cuidados, e é a estes que incumbe a concretização do acesso, pelo que entendemos ser útil proceder à análise da evolução dos sistemas de saúde, partindo uma vez mais das experiências de Bismarck e Beveridge, atendendo a que muitos dos

sistemas de saúde que se encontram em processos de reforma, tiveram a sua origem dos modelos por aqueles iniciados em 1883 e 1942 respectivamente.

Os sistemas de saúde apresentam três objectivos ou metas, a melhoria da saúde das populações, a capacidade de fornecer respostas adequadas às expectativas legítimas dos indivíduos, a equidade das contribuições financeiras e a diminuição das desigualdades provocadas pelos custos da doença.

Neste sentido, o acesso a cuidados surge intimamente relacionado com o desempenho dos sistemas, sendo mais do que um objectivo. Na verdade, trata-se do principal meio para a concretização das metas que os sistemas se propõem atingir.

Abordados os aspectos supra referidos, que considerámos fundamentais para enquadrar o presente trabalho, procedemos a uma análise da evolução do sistema de saúde português e da prestação de cuidados nos Estados Unidos, onde analisamos de forma mais detalhada a situação daqueles que não possuem qualquer cobertura de saúde, cerca de 43.6 milhões de indivíduos, a quem parece estar negado o acesso a cuidados, com excepção de situações de urgência e emergência.

No momento seguinte, consideramos apenas as condições do acesso nos dois sistemas, atendendo à base legal, aos requisitos de acesso e a eventuais limitações ao exercício deste direito. Neste âmbito, procedemos a uma análise mais detalhada do sistema de *managed care*, ou cuidados geridos, de entre os diferentes sistemas existentes no caso norte-americano, aquele que é responsável pelo acesso e prestação de cuidados da grande maioria da população possuidora de seguros ou planos de saúde.

No âmbito da actividade de gestão de cuidados, procurámos identificar as características que diferenciam as diversas tipologias de entidades encontradas, de onde resulta demonstrada a primeira dificuldade dos indivíduos residentes naquele País - a escolha da cobertura de saúde adequada à sua situação concreta.

A análise dos dois sistemas permitiu-nos responder à questão colocada, será que um sistema de acesso tal como existe nos Estados Unidos da América poderá em alguma medida beneficiar o acesso a cuidados de saúde, ou será que, pelo contrário, apenas o prejudica comparativamente a um sistema de acesso universal como o português, atendendo a quatro aspectos que considerámos essenciais, *a)* enquadramento legal, *b)* garantias do direito, *c)* conteúdo do direito e finalmente, *d)* condições de acesso dos beneficiários do direito.

3. Organização da tese

O presente trabalho encontra-se organizado em capítulos, que se encontram por sua vez, divididos em sub capítulos. Inicia-se com um Capítulo introdutório, no qual apresentamos as motivações subjacentes à escolha do tema, bem como a pertinência das questões abordadas. Ainda nesta sede, apresenta-se o plano de investigação. As questões metodológicas compõem o capítulo II.

No terceiro capítulo analisamos a questão do acesso a cuidados de saúde. Este é composto por três partes essenciais. Na primeira, iniciamos a análise da génese e conteúdo do direito, para considerarmos de seguida o enquadramento e importância do direito de acesso no âmbito da saúde pública e, finalmente, abordamos a importância do acesso a cuidados de saúde no âmbito dos sistemas de saúde. No que a estes respeita, abordamos a sua evolução e a associação entre acesso e desempenho.

No capítulo IV analisamos o sistema de saúde português e norte-americano, considerando a evolução e situação actual em cada um dos sistemas.

O Capítulo V é dedicado às condições de acesso a cuidados de saúde em cada um dos sistemas em estudo. Nele identificamos os normativos, condições de acesso, eventuais restrições, e a tipologia das entidades prestadoras de cuidados no âmbito das MCO, encontrando-se a análise comparativa integrada no Capítulo VI do presente trabalho.

O capítulo final é dedicado às conclusões, dificuldades e perspectivas para futuros trabalhos de investigação neste âmbito.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Nota Preliminar

“We need to remind ourselves that, regardless of our primary disciplinary and methodological training, the natures of the problem, issue, or questions we’re addressing should dictate our choice of methods to use, and not vice versa.” Stephen Shortell (1999)¹⁵

O processo de investigação consubstancia-se, segundo Quivy e Campenhaut (1998), num percurso organizado de operações (metodologia) cujo propósito é a redução das incertezas e dúvidas existentes face a um assunto ou fenómeno que, em determinado momento, temos interesse em estudar¹⁶.

Para que o processo de investigação tenha sucesso, o investigador deve cumprir um percurso, previamente determinado, que lhe permitirá em cada etapa avaliar e progredir face ao objecto da investigação. De acordo com os autores citados e com Graça (1997), estas fases ou etapas do procedimento são essencialmente sete, e ainda que não constituam compartimentos rígidos, devem estar presentes e ser adaptados por todos os investigadores: *i)* formulação da pergunta de partida; *ii)* obtenção de informação (exploração); *iii)* a problemática; *iv)* escolha do modelo de análise; *v)* recolha de dados; *vi)* análise das informações e *vii)* apresentação das conclusões – relatório.

É com base nestas etapas que se encontra organizado este capítulo dedicado à opção metodológica do presente trabalho, no qual não consideramos autonomamente as questões éticas tradicionalmente associadas, como seja a obtenção de consentimento, confidencialidade de dados, identificação de potenciais riscos para os sujeitos envolvidos (Murphy, 1998), por entendermos que as mesmas não se aplicam ao presente trabalho, o qual decorre da análise e estudo de textos, documentos e

¹⁵ Sublinhado nosso.

¹⁶ Neste mesmo sentido, veja-se Rundal (1999), e Sofaer (1999).

normativos, colocando-se estas questões em sede da necessária transparência pelas opções seguidas e escrupuloso cumprimento das regras de referenciação documental.

1. Delimitação do campo de estudo

O processo de investigação e o desenho do estudo apresentam como questão prévia e fundamental¹⁷ a determinação do objecto que temos interesse em aprofundar. Vickers (2003) citado por Barbour (2008) afirma a associação directa entre o trabalho produzido e a história pessoal do investigador. Segundo esta última autora a primeira pergunta a que é necessário responder é a que nos permite identificar exactamente aquilo que nos interessa responder e qual a nossa motivação.

Como vimos já anteriormente, a selecção do tema de investigação que obedeceu inicialmente a dois critérios, deveria incorporar a esfera jurídica com questões associadas à saúde, nomeadamente à saúde pública e aos sistemas de saúde. O direito à protecção da saúde surge então aqui naturalmente. Da perspectiva jurídica trata-se de um direito que se encontra constitucionalmente consagrado entre nós (artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa - CRP) entre os chamados direitos fundamentais, e simultaneamente assume um papel central no âmbito da saúde pública e da organização da prestação de cuidados de saúde, sendo um instrumento determinante no desempenho dos sistemas de saúde, como resulta do Relatório da OMS de 2000 sobre a Saúde no Mundo.

Este direito, que se consubstancia no Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, permitia-nos abordar as vertentes pretendidas, no entanto, era ainda necessário concretizar mais o campo de investigação. Neste sentido, considerámos as alterações implementadas em Portugal no final da década de noventa, as quais resultaram na adopção de novos modelos de gestão, de natureza privada, tendo-se assumido a necessidade de uma maior participação do sector privado na prestação de cuidados de saúde e de co-pagamentos desta (Barros, 2005), como forma de suprir alguns dos constrangimentos sentidos pelo sector público, e admitindo a transferência da responsabilidade do Estado, no que respeita às garantias de acesso a cuidados médicos para “determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde a determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, sejam públicos ou privados

¹⁷ A definição do problema ou foco de investigação é por muitos considerado o conceito central ou fio condutor do processo de investigação (Quivy & Campenhoudt, 1998).

¹⁸”. Como consequência destas medidas, a actividade de entidades gestoras de cuidados de saúde associados à subscrição de seguros de saúde (já previstos na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde - LBS) conheceu um novo impulso¹⁹.

É neste contexto que se olhará para o sistema de prestação de cuidados norte-americano, o qual constitui o paradigma do acesso não universal, e onde o acesso a cuidados de saúde da maioria dos indivíduos, depende da sua capacidade de subscrição de seguros de saúde.

Na convergência destas duas premissas, mudanças introduzidas no sistema português e características do sistema de acesso no sistema norte-americano, encontrámos a pergunta de partida do nosso estudo - Será que um sistema de saúde tal como existe nos Estados Unidos da América poderá em alguma medida beneficiar o acesso a cuidados de saúde, ou será que, pelo contrário, apenas o prejudicará comparativamente a um sistema de acesso universal como o português? – e as decorrentes questões específicas: (a) Como é que o sistema de saúde norte-norte americano beneficia ou prejudica o acesso à prestação de cuidados de saúde; (b) Como é que o sistema de saúde português beneficia ou prejudica o acesso à prestação de cuidados de saúde, e finalmente, (c) que sistema de acesso parece proporcionar, nas suas diversas dimensões, um melhor acesso à prestação de cuidados de saúde.

Encontrada a pergunta de partida e as questões específicas que prendíamos abordar, uma outra questão se colocava de imediato, isto é, qual a metodologia a adoptar? Deveria seguir o *methos* do Direito? Ou deveria procurar a abordagem entre as metodologias qualitativas e quantitativas?

2. A opção metodológica

2.1 O método da ciência jurídica

Ao escolhermos uma problemática inserta no conteúdo de um direito fundamental – o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde poderíamos equacionar o

¹⁸ Veja-se preambulo do Decreto-Lei n.º 401/98. DR n.º 290, I série A, de 17 de Dezembro, pp. 6898-6899.

¹⁹ Neste sentido, Soares (2007); bem como Santos & Arreigoso (2008).

recurso aos métodos tradicionalmente associados à ciência jurídica. Segundo Cunha (2004), o conteúdo do Direito, o seu princípio e o seu fim, é a justiça, o justo, e não uma verdade absoluta, pelo que o seu método, enquanto “caminho para a realização de justiça”, não pode deixar de ser fundamentalmente o método dialéctico, no qual o conhecimento resulta do confronto entre versões diferentes, o que se coaduna com o objectivo pretendido, estudar o direito de acesso à luz de duas realidades, também conceptuais, distintas.

Neste contexto, a metodologia jurídica, na sua vertente de interpretação (Larenz, 1997²⁰), a hermenêutica jurídica, parecia ser a adequada, sobretudo no que respeita ao enquadramento teórico da problemática a abordar, dado que era necessário conhecer a conceptualização do objecto de estudo nas duas realidades escolhidas, partindo dos textos, tanto da norma, ou lei, como de documentos que nos permitiam conhecer os valores e princípios subjacentes ao mesmo e à sua concretização²¹.

Se este método se adequava ao objecto de estudo deste trabalho que analisa o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, numa vertente eminentemente jurídica, a verdade é que no que respeita à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o sistema prestador de cuidados norte-americano, bem como às questões associadas à saúde pública, a abordagem da ciência jurídica não parecia ser a adequada, pelo que não se recorreu ao método da ciência jurídica para a realização do presente trabalho de investigação.

2.2 Metodologias de Saúde Pública

Segundo Murphy et al (1998), a opção metodológica deve fundamentar-se na capacidade que cada uma das metodologias oferece para responder de forma efectiva e eficiente à questão colocada pelo investigador, traduzida na concepção do quadro conceptual da investigação que se pretende realizar (Quivy & Campenhoudt, 1998).

²⁰ Larenz (1997) afirma que a hermenêutica geral é a base da metodologia jurídica. Por hermenêutica, entende “a doutrina sobre as condições de possibilidade e os modos específicos do compreender em sentido estrito, ou seja, do compreender aquilo que é dotado de sentido enquanto tal, como uma contraposição do explicar (que não leva em conta as referências de sentido)”

²¹ Segundo Paulo Ferreira da Cunha (2004²¹) “o método do Direito encontra-se, irrefragavelmente ligado aos textos. Por isso a metodologia jurídica é, por um lado, uma hermenêutica, e, por outro, uma retórica. O jurista lê textos e cria textos. Em ambos os casos interpreta.”

Para além da determinação do objecto de estudo, é ainda necessário considerar outros aspectos directamente relacionados com a exequibilidade da investigação, como sejam a relevância da questão colocada e os recursos (tempo, financeiros e informação) disponíveis, (Graça, 1997).

No que respeita à relevância da questão, as alterações em curso nos dois sistemas em estudo, e a discussão sobre a sua manutenção das respectivas opções paradigmáticas, já mencionadas em sede própria no presente trabalho, colocam a questão da natureza e concretização do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde no centro das agendas políticas em cada um dos dois países, e por isso, actual, emergente e em contínuo desenvolvimento.

No que respeita aos recursos disponíveis, e face à questão colocada, estes pareciam ser os adequados à realização da investigação que nos propunhamos realizar, em especial por que centrada no conteúdo e previsão normativa do direito de acesso. Quanto à efectivação deste direito nos dois sistemas de prestação de cuidados escolhidos, esta decorreria igualmente de uma análise histórica e documental, decorrente da necessidade de aprofundar e sistematizar o conhecimento de cada uma das realidades em confronto.

Colocava-se a questão de saber qual a metodologia mais adequada à investigação pretendida. As metodologias quantitativas não se mostravam especialmente adequadas atendendo às perguntas (Como? e Qual?) a que se pretendia responder nesta fase, as quais se cingiam aos princípios, conteúdo, concretização e garantias do direito em causa.

A questão colocava-se entre seguir a metodologia da ciência jurídica ou seguir uma abordagem qualitativa, mais pertinente no âmbito do Mestrado em Saúde Pública. Da revisão de literatura realizada resultou a opção pelo método qualitativo, como veremos de seguida.

2.3 O recurso à metodologia qualitativa

Excluído o recurso às metodologias quantitativas, por não se afigurar adequado às perguntas a que pretendíamos responder, e ao método da ciência jurídica, procurou-se através de uma revisão de literatura encontrar a metodologia adequada ao objecto do

trabalho de investigação, atendendo a três perspectivas, *a)* significado e contexto, *b)* adequação face ao tema em estudo e *c)* conhecimento prévio.

A) Significado e contexto

No que se refere à primeira perspectiva, Denzin & Lincoln (1994), entendem que a opção por uma metodologia qualitativa permite aos investigadores dar um sentido ou interpretar o objecto de estudo à luz daquilo que é o significado atribuído ao tal fenómeno²². Na investigação incidente nos serviços de saúde, não podemos, na maioria das situações, reduzir o objecto do estudo a uma simples análise numérica, antes devemos procurar obter uma perspectiva global que permita apreciar a questão colocada, partilhando neste momento a opinião apresentada por Murphy (1998), segundo a qual, a investigação qualitativa envolve a recolha, análise e interpretação de dados que não se encontram facilmente reduzidos a números, antes permitem obter um entendimento (Barbour, 2008) de como os factos surgem ao longo do processo, nomeadamente dos processos sociais²³.

Ainda de acordo com esta autora (2008), o recurso às metodologias qualitativas permite ainda ao investigador conhecer o quadro conceptual, de valores e princípios que explicam o posicionamento dos indivíduos face ao objecto do estudo, bem como as ligações existentes entre as diferentes variáveis, e a consequente resposta ao “como”. Há uma centralização da atenção no contexto diário dos indivíduos, que aproxima o investigador do seu objecto de estudo, facilitando o seu entendimento.

Segundo Shortell (1999), esta necessidade de aprofundamento e entendimento do contexto (indivíduos e sociedade), e a complexidade inerente à implementação de mudanças sociais, fundamentam e justificam o maior recurso a metodologias qualitativas na presente sede, atendendo a que este género de investigação visa, em muitas situações, a implementação de melhorias da organização e melhoria da prestação de cuidados médicos em áreas como o financiamento, organização, prestação e melhoria dos resultados obtidos na prestação de cuidados de saúde. Neste mesmo sentido escreve Rundall (1999).

²² Veja-se Popay (1998).

²³ Gertrude J. Selznick, citada por Sofaer (1999) afirma, “*behind every quantity there must lie a quality*”.

Acresce ainda um outro elemento, que se afigura pertinente para o presente trabalho. O recurso às chamadas metodologias qualitativas para além de aproximar o investigador do contexto e dos processos, considera os indivíduos no seu ambiente natural, e não numa construção artificial ou experimental (Pope & Mays, 1999), o que parecia adequado, atendendo a que no final do presente trabalho se pretendia ficar a conhecer as características dos dois sistemas, bem como as consequências (ainda que numa perspectiva teórica, ou de construção de uma *framework* de comparação) que a diferença de concepção paradigmática do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, apresenta para os indivíduos que constituem as populações de cada uma das realidades em estudo.

No que se refere a esta primeira perspectiva, a abordagem qualitativa parecia enquadrar-se na investigação que queríamos realizar, naquilo que se refere ao seu contexto ou significado²⁴.

B) Adequação face ao tema em estudo

Esta perspectiva resulta da necessidade expressa por Graça (1997), de verificar a existência de uma metodologia aceite entre investigadores, como sendo a adequada para a questão suscitada, destacando-se da literatura revista os argumentos que enunciamos de seguida.

Pope & Mays (1999), defendem que a metodologia qualitativa usada há longo tempo no âmbito das ciências sociais, tem vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante na investigação em serviços de saúde²⁵, o que entendemos ser consistente a necessidade já mencionada, de obter um conhecimento mais profundo e completo das instituições (Shortell, 1999) e simultaneamente obter descrições mais completas de fenómenos complexos e dinâmicos, não apenas num momento determinado, como

²⁴ Veja-se Turato (2005).

²⁵ Por investigação em serviços de saúde entende-se o estudo rigoroso e organizado do desenvolvimento e sustentação dos serviços de saúde, nomeadamente com a efectividade e eficiência da gestão dos vários componentes do sistema em interacção com a comunidade. In OPSS, www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/GHA/I/investigacaosistemassaude.htm.

Sobre investigação em serviços de saúde, veja-se ainda Kinding (1999). Para quem a investigação em serviços de saúde, “*is a multidisciplinary field of inquiry, both basic and applied, that examines the use, costs, quality, accessibility, delivery, organization, financing, and outcomes of health care services to increase knowledge and understanding of the structure, processes, and effects of health services for individuals and populations*”, e Eisenberg (1998).

sucederia no âmbito das metodologias quantitativas, mas durante um processo (Rundall, 1999) de desenvolvimento.

Neste mesmo sentido ainda Shortell (1999) ao afirmar que o sector prestador de cuidados de saúde se apresenta como sendo facilmente mutável, o que entendemos atenta a permeabilidade e influência dos demais sectores sociais²⁶ que, como veremos em momento posterior, influenciam e são influenciados por diferentes vectores associados aos sistemas de saúde e à saúde dos indivíduos. Nesta sede, o argumento aqui apresentado pelo autor afastaria o recurso a uma metodologia exclusivamente quantitativa, atendendo a que “os dados e achados que podem ter sido verdade no início da década de noventa, ou até há poucos anos, encontram-se muitas vezes ultrapassados por eventos recentes.”

Para além da investigação sobre serviços de saúde, Murphy (1998) e Sofaer (1999), consideram igualmente que o recurso a metodologias qualitativas se adequa à investigação realizada no âmbito das políticas de saúde atendendo aos elementos descritivos facultados, que permitem melhor conhecer e compreender o contexto em que as políticas serão implementadas, mas igualmente por permitirem, de acordo com Luft (1998²⁷) o surgimento de outras questões a investigar²⁸.

Também este argumento parece ser favorável à opção por uma abordagem qualitativa no presente trabalho²⁹. Mas seria a metodologia qualitativa a abordagem correcta no âmbito do sistema de saúde norte-americano, nomeadamente no que respeita ao sector das entidades gestoras de cuidados que pretendíamos analisar? Alguns dos artigos encontrados no número especial dedicado à investigação qualitativa em serviços de saúde da revista *Health Services Research* foram importantes na intenção de manter esta abordagem metodológica.

Neste volume dedicado à investigação qualitativa em serviços de saúde, afirma Shortell (1999) no editorial, que a investigação realizada no âmbito das entidades

²⁶ Sobre as alterações com reflexos na saúde pública veja-se Relatório sobre a Saúde no Mundo, OMS, 2007, disponível em <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>.

²⁷ Para este autor, um dos principais responsáveis pelo conceito de HMO a par de Enthoven e Ellwood, como veremos adiante, para além de fornecer respostas importantes de uma perspectiva das políticas, a investigação qualitativa permite a formulação de novas questões de investigação, sendo o artigo apresentado por Norton, et. al., que cita e comenta, um exemplo desta finalidade.

²⁸ Ainda sobre investigação no âmbito dos serviços de saúde, veja-se Devers (1999).

²⁹ Sobre evolução da investigação em serviços de saúde, veja-se McCarthy (2000). Sobre métodos de investigação em saúde, veja-se Bowling (2002).

gestoras de cuidados de saúde (também designadas *Managed Care Organizations*), parte de duas fontes principais, investigação quantitativa sobre o impacto destas entidades, e descrições ou relatos em jornais e outros meios de comunicação, sobre a percepção dos indivíduos. Segundo o autor, os resultados obtidos são completamente opostos, pelo que os investigadores têm entendido ser necessário o recurso à investigação qualitativa como forma de obter mais e melhor informação sobre a realidade da prestação.

A este acresce outro argumento, partilhado por Rundall (1999), segundo o qual as rápidas mudanças sentidas no âmbito da prestação de cuidados de saúde, carecem de uma abordagem qualitativa que permita aos investigadores ficarem a conhecer melhor as alterações e as forças emergentes no sector da prestação de cuidados, com vista ao início de um processo dinâmico de implementação de mudanças com base nas conclusões apuradas.

Importa ainda referir uma última ressalva, ao analisarmos o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, o objecto do trabalho de investigação centra-se no conteúdo de um direito ou não (no caso norte-americano), nas garantias de concretização, numa perspectiva teórica e conceptual, ou como afirma Rundall (1999), “*qualitative methods are concerned with making phenomena understandable and with identifying and clarifying the perceptions of different groups.*”

Ainda neste âmbito, e no que se refere ao conhecimento produzido, um último argumento resulta da leitura convergente do Relatório da OMS sobre sistemas de saúde (OMS, 2000), do artigo de Feacham (2000), no qual se afirma o facto de a investigação sobre sistemas de saúde ser relativamente recente, e dos artigos subscritos por Sofaer (1999) e Shortell (1999) quando afirma, “*qualitative research is particularly appropriate when relatively little is known about a given phenomenon.*”

C) Conhecimento prévio

No que respeita ao conhecimento prévio, duas ordens de considerações foram atendidas: a experiência pessoal de investigação e a necessidade de construção de um instrumento de comparação conceptual dos sistemas em análise.

De uma perspectiva pessoal a abordagem qualitativa mostrava-se mais próxima da experiência individual de investigação, permitindo uma maior identificação entre o objecto do estudo, o percurso de investigação e a necessidade sentida de aprofundar e adquirir conhecimentos quanto aos contextos em confronto.

Desta necessidade resultou à construção de uma *framework*, comparativa das duas realidades em estudo, *framework* esta que deveria contemplar aspectos jurídicos do direito em análise, mas igualmente aspectos sociais (como a questão dos não-segurados), de interesse para investigações futuras. A possibilidade de realizar uma abordagem variada que contemplasse as vertentes envolvidas constitui uma das vantagens das metodologias qualitativas.

Neste sentido, defende Barbour (2008), que os investigadores individuais podem “Cunhar” os métodos e abordagem metodológica enquanto conduzem a investigação, sendo admitidas abordagens híbridas desde que consubstanciem uma necessidade justificada com base em argumentos claros e transparentes, face ao assunto ou conceito a abordar.

Também Denzin & Lincoln (1994) entendem a investigação qualitativa como sendo interdisciplinar, transdisciplinar e por vezes em campos de investigação opostos, afirmando, “*Qualitative research is many things at the same time*”, o que implica que a ênfase do processo de investigação se encontra nos processos e significados, os quais não são susceptíveis de medição rigorosa em termos de quantidades, intensidade ou frequência, argumento que se adequa ao objecto do presente trabalho de investigação, o conteúdo do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e forma como os indivíduos podem concretizar este direito nos dois sistemas escolhidos.

Face aos argumentos apresentados, o presente trabalho de investigação recorreu a uma metodologia qualitativa por entendermos, tal como Hurley (1999), que esta seria aquela que melhor nos permitiria examinar as complexidade e subtilidades associadas à concretização do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde nos sistemas em análise, a par de uma maior flexibilidade no trabalho de adaptação do investigador.

3. Recolha e tratamento da informação

3.1 Recolha da informação

De acordo com Graça (1997), a procura de novos saberes pode seguir três abordagens essenciais, i) Descritiva ou Analítica, através do recurso à descrição e análise de uma situação actual; ii) Histórica ou Documental, o investigador procede a uma interpretação crítica de factos conhecidos ou pertencentes ao passado, e finalmente através da iii) abordagem Experimental ou Causal, que se caracteriza pela descoberta de novas relações entre factos através da experimentação. No presente trabalho foram seguidas essencialmente as duas primeiras abordagens, descritiva e histórica, atendendo a que são estas abordagens que nos permitem conhecer a evolução do conceito de direito de acesso e dos sistemas prestadores (abordagem histórica), bem como a situação actual (abordagem descritiva), por serem aquelas que permitem a obtenção de resposta (Graça, 1997) para questões como Quem, O quê, Onde, Quando, Como, Porquê, perguntas que se integram no objecto e finalidade do trabalho que nos propomos realizar, como resulta das questões anteriormente identificadas.

Nesta sede, Denzin & Lincoln (1994), a metodologia qualitativa, ao procurar entender e interpretar os fenómenos ou valores em estudo, admite uma multiplicidade de métodos, não privilegiando nenhum método sobre outro. No que se refere à recolha e tratamento de dados, o investigador pode recorrer à realização de entrevistas, à observação directa, à análise de documentos³⁰ ou à combinação de diversos métodos (triangulação³¹).

Para análise da questão suscitada, os dados necessários à elaboração do presente estudo foram essencialmente obtidos através da análise de documentos (normativos, jurídicos e outros de natureza diversa) e de revisões de literatura.

A possibilidade de participar no *Second Biennial Seminar in Health Law and Bioethics*, e na *30th Annual Health Law Professors Conference* realizados em Boston

³⁰ Neste contexto, o conceito de documento abrange segundo Guba (cit. por Santos, 2003) “...any written or recorded material”, não só textos ou registos oficiais, como documentos pessoais. Ainda neste sentido Graça (1997), entende por documento tudo aquilo que pode ser objecto de uma observação sistemática capaz de fornecer ao investigador elementos informativos indirectos ao investigador.

³¹ A este respeito afirmam os autores citando Brewer e Hunter, “*Qualitative research is inherently multimethod in focus. However, the use of multiple methods, or triangulation, reflects an attempt to secure an in-depth understanding of the phenomenon in question...triangulation (is)... an alternative to validation*” (Denzin & Lincoln, 1994).

em Junho de 2007, permitiu, através de entrevistas não estruturadas e de observação, obter informações fundamentais quanto à actual situação de acesso a cuidados de saúde nos Estados Unidos, em especial no que se refere a algumas das reformas em curso.

Face à temática que pretendíamos abordar, tornou-se necessário proceder à identificação e levantamento de textos de natureza jurídico-normativa, nos quais o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde encontrasse consagração, tanto no plano nacional como internacional, procedendo à comparação da norma existente, ou não, nos sistemas em estudo. Para esta finalidade foram consultadas bases de dados jurisprudenciais, nomeadamente do Tribunal Constitucional, e a biblioteca da Faculdade de Direito.

Foi ainda necessário, enquadrar a problemática do direito de acesso no âmbito da saúde pública e dos sistemas de saúde, para o que se recorreu a uma análise de documentos emanados de organismos internacionais, como seja a OMS, instituições europeias, e nacionais como a Direcção-Geral de Saúde, mas também através do recurso a artigos publicados em revistas e boletins de algumas daquelas instituições. A análise destes documentos foi realizada atendendo às relações que se pretendiam verificar entre o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e a saúde pública, e aqueles e os sistemas de saúde.

Nas questões associadas ao SNS, recorremos a documentos disponibilizados por diversas entidades pertencentes ao Ministério da Saúde, a estudos realizados por instituições independentes mas de valor reconhecido, bem como a diversas publicações e obras sobre a matéria.

No que respeita à informação sobre o sistema norte-americano e as diferentes entidades gestoras de cuidados que pretendíamos analisar, e para uma melhor compreensão da realidade subjacente (conceito, organização, funcionamento e outros), tornou-se por vezes necessário recorrer a artigos anteriores a 2000 (análise histórica), mas que da revisão de literatura efectuada resultou a sua importância e indispensabilidade.

A participação nos seminários acima mencionados, nos quais a temática do acesso a cuidados foi tratada, e a possibilidade de, informalmente, obter informações de profissionais norte-americanos que estudam e trabalham na área do Direito da Saúde, alguns dos quais participantes nos processos de reforma em curso, permitiu uma melhor

compreensão da actual situação do sistema de prestação de cuidados naquele país, em especial no que se refere à situação dos que não possuem qualquer garantia de acesso a cuidados.

E igualmente no que se refere às propostas de alteração de paradigma na concepção do actual sistema de acesso à prestação de cuidados de saúde, numa tentativa de aproximação a modelos europeus. Neste âmbito foi usado o recurso aos registos pessoais então realizados, a par da documentação disponibilizada.

Na fase exploratória, a realização de entrevistas não estruturadas com a orientadora, permitiu encontrar os eixos que estruturariam a posterior abordagem comparativa da problemática em estudo, enquadramento legal, garantias do direito, conteúdo do direito, condições de acesso dos beneficiários do direito de acesso, os quais orientaram a revisão de literatura realizada.

Neste âmbito, procedeu-se à recolha de artigos publicados, entre 2000 e 2005, em revistas de reconhecida idoneidade entre os investigadores de serviços de saúde, como a *Health Affairs*, *Health Services Research*, *Medical Care*, *Health Economics*, entre outras, disponíveis no Centro de Documentação e Informação (CDI) da Escola Nacional de Saúde Pública ou através das bases de dados e motores de busca ali existentes, sobre os quais incidiu a nossa análise documental. No que concerne ao sistema norte-americano, a aquisição de obras posteriores a 2005 foi fundamental para complementar a recolha de informação sobre a actual situação.

No caso do sistema português, foram essencialmente analisados os normativos aplicáveis, documentos sobre a evolução do sistema português e reformas em curso, bem como diversas obras fundamentais do ponto de vista jurídico.

No presente trabalho, recorreu-se às Normas Portuguesas de referenciação documental para elaboração das citações e referências bibliográficas.

3.2 Tratamento da informação

Face à documentação obtida, tornou-se necessário proceder a uma sistematização e sintetização dos elementos obtidos, o que se fez através da criação de uma grelha de comparação entre o SNS e o sistema norte-americano, de acordo com os

eixos já mencionados, enquadramento legal, garantias do direito, conteúdo do direito, condições de acesso dos beneficiários do direito de acesso, disponível no Anexo I.

Para recolha e posterior sistematização da informação, foram elaboradas fichas de registo (Anexo II). Estas deveriam cumprir três funções essenciais. Permitir a referência bibliográfica do documento, a rápida identificação da sua localização, identificação de aspectos de conteúdo considerados importantes para a investigação em curso, como indicação de citações, e identificação de argumentos enquadráveis nos eixos pretendidos.

Para a elaboração do ficheiro de suporte, em especial no que se refere à construção das fichas de registo de conteúdo, foram seguidas as indicações constantes de Eco (2002), por entendermos que a sistematização ali vertida era aquela que melhor se adequava ao trabalho em curso. Não foram usados sistemas informatizados de análise de conteúdo.

4. Principais dificuldades encontradas

Devers (1999) e Patton (1999) afirmam nos seus artigos a necessidade de desenvolver “um treino disciplinado” e uma preparação rigorosa aos investigadores que optam pelas metodologias qualitativas. A experiência pessoal obrigou à aquisição de um quadro conceptual de investigação paradigmaticamente distinto do até então utilizado, o que exigiu um trabalho prévio de aquisição de conhecimentos sobre os modelos a adoptar, tendo esta constituído a principal dificuldade da perspectiva do investigador.

Também Barbour (2008) apresenta algumas dificuldades inerentes ao recurso a metodologias qualitativas. Entre estas, e no seguimento do afirmado por Denzon & Lincoln (1994), o facto de a abordagem qualitativa não tratar de dados mensuráveis, susceptíveis de gerarem resultados estatísticos, onera o investigador numa maior cautela quanto à certificação da veracidade dos elementos coligidos. Questão que não se coloca quando procedemos à análise de textos de natureza jurídica.

Uma outra dificuldade prende-se com o facto de o objecto do estudo incidir sobre realidades que se encontram em mutação no momento da investigação. De facto, quer em Portugal quer nos Estados Unidos existe um momento concomitante de reflexão sobre a questão da sustentabilidade dos sistemas de saúde e, consequentemente,

do acesso à prestação de cuidados de saúde. Daí estarmos perante num momento de simultaneidade na ocorrência destes acontecimentos, o que poderá de alguma forma alterar a percepção de quem investiga. Entendemos, no entanto, que a confrontação das realidades em estudo, mesmo estando estas numa fase dinâmica da sua arquitectura social, poderá ser útil em momentos de posterior aprofundamento das questões encontradas.

CAPÍTULO III
DIREITO DE ACESSO
A CUIDADOS DE SAÚDE

Nota preliminar

“Health systems have played a part in the dramatic rise in life expectancy that occurred during the 20th century. They have contributed enormously to better health and influenced the lives and well-being of billions of men, women and children around the world. Their role has become increasingly important.” (OMS, 2000).

O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde decorre da consagração normativa, verificada na segunda metade do século XX, do direito à protecção da saúde, ou direito à saúde. Este tem a sua génese no reconhecimento e afirmação do princípio da dignidade e inviolabilidade da vida humana, como bens fundamentais e invioláveis, presente nomeadamente no preâmbulo da Carta Constitutiva da OMS e na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Entre nós este princípio encontra-se vertido no artigo 64.º da CRP., entre os chamados direitos sociais e onera o Estado com uma obrigação directa, a saber: a protecção da saúde dos indivíduos através da criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Os sistemas de saúde são então chamados a assegurar a todos as mesmas possibilidades de acesso e tratamento, em circunstâncias iguais, independentemente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação, constituído esta obrigação um dos seus maiores desafios, a par da necessidade de encontrar um equilíbrio face às limitações e constrangimentos decorrentes da redução de recursos humanos, aumento dos custos, das novas epidemias e ameaças, e outras.

Aos sistemas de saúde é atribuído papel central nas sociedades actuais. O seu desempenho encontra-se intrinsecamente associado ao estado de saúde das populações,

as quais, por sua vez, são cada vez mais exigentes quanto à qualidade e resultados esperados da actuação dos serviços de saúde.

A estes factores acrescem outros, de natureza diversa, demográfica, económica, social, que oneram os sistemas de saúde com a necessidade de encontrar o equilíbrio entre a prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível, face aos recursos disponíveis e ao menor preço possível. Aos sistemas de saúde não incumbe apenas a melhoria da saúde das populações³², compete-lhes igualmente a sua protecção face aos custos financeiros da doença.

Neste âmbito, o acesso aos cuidados de saúde³³ surge como uma das principais funções da saúde pública³⁴, e elemento essencial no desempenho dos sistemas de saúde.

1. Enquadramento do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

1.1 Génese e conteúdo

A) Origens e evolução do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

O Direito³⁵, independentemente do ramo que estejamos a estudar, apresenta como escopo a regulação das actividades humanas, procurando, através das normas, o justo equilíbrio entre os interesses dos indivíduos e a salvaguarda do que é considerado como bem comum. No âmbito da saúde e da prestação de cuidados de saúde essa necessidade de regulação decorre de um conjunto de factores de natureza diversa, com destaque para a necessidade de tutelar o bem saúde, e, no limite, a própria vida humana, tanto na sua dimensão individual como colectiva (saúde pública). No entanto, questões como a necessidade de racionalizar recursos, de garantir a prestação de cuidados a todos e a cada um dos indivíduos, ou de encontrar um equilíbrio entre dois universos com

³² Neste mesmo sentido veja-se Relatório da OMS sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2000).

³³ Como veremos adiante, este conceito não se confunde com a utilização efectiva dos serviços.

³⁴ Para uma consulta célere, ver Public Health Glossary, disponível em <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/>

³⁵ O conceito de direito abrange duas acepções fundamentais, o chamado direito objectivo, ou conjunto de regras gerais, abstractas, hipotéticas e dotadas de coercibilidade, que regem as relações numa determinada comunidade, e o direito subjectivo, que se traduz no poder ou faculdade de que cada individuo dispõe de realizar um interesse juridicamente relevante (Prata, 1990).

códigos de linguagem distintos e informação desigual, estão igualmente presentes nas normas que compõe este *novo direito*³⁶.

O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, enquanto direito subjectivo, surge como um corolário, ou uma concretização do reconhecimento do direito de cada um dos indivíduos à protecção da saúde, vulgar e erradamente designado por “direito à saúde”. Importa ressaltar, que este direito nem sempre se encontra reconduzido ou esgota o conteúdo do ramo do Direito designado por Direito da Saúde.

O reconhecimento da protecção da saúde como direito dos indivíduos, encontra as suas raízes no século XIX, onde surge como uma consequência ou necessidade, da Revolução Industrial.

Durante este período, o tradicional sistema de manufactura evoluiu para um sistema de produção mais complexo, organizado e unificado, a que Landes (2002) chama sistema de fábrica³⁷, tornando-se os operários e demais trabalhadores como um factor de produção. As alterações sociais então verificadas colocaram as questões relacionadas com a saúde, doença e morte das populações nas agendas políticas de então (OMS, 2000), com importantes consequências no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, mas igualmente no que se refere à organização da prestação destes cuidados como veremos em seguida.

Ainda no que respeita ao acesso a cuidados de saúde, surge na Alemanha o primeiro seguro de saúde obrigatório (Sakellarides, 2005), que posteriormente se traduziu na criação de um sistema de seguros obrigatórios que cobriam os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura (Simões, 2004), num modelo que inspirou outros países a adoptar sistemas de protecção idênticos, que vieram a vigorar até à Segunda Guerra Mundial (OMS, 2000), altura em que na Grã-Bretanha, Lord Beveridge defende a adopção de um modelo de acesso a cuidados de saúde não dependente da subscrição de seguros obrigatórios.

No relatório designado “*Social Insurance and Allied Services*” datado de 1942, ou como é vulgarmente conhecido, Relatório de Beveridge, são apresentados os

³⁶ Segundo Madeleine Moulin (Hottois, Parizeau, 1998) “a noção de “direito à protecção da saúde” é recente. O seu conteúdo e os valores que lhe estão subjacentes articulam-se em torno dos Direitos do Homem.”. Segundo a A. a primeira formulação deste direito tem a sua origem no artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (pag. 139).

³⁷ Sobre este período Ashton T.S. [...] e Rioux, (1982).

princípios enformadores do chamado *Welfare State*, Estado do Bem-Estar Social ou Estado-Providência, segundo o qual ao Estado competia uma maior intervenção e responsabilidade, de forma a assegurar a todos os indivíduos, durante a sua vida um conjunto básico de direitos e protecção, nos quais se incluía a protecção na doença³⁸, posição reforçada com a adopção do *White Paper* de 1944, *A National Health Service*, no qual se defende a compreensividade e gratuidade dos serviços no momento da prestação de cuidados.

Em 1946, através do *National Health Service Act*³⁹, afirma-se definitivamente a responsabilidade do Estado pela prestação de serviços de saúde, bem como a consagração do princípio do acesso igual para todos os cidadãos (Simões, 2004) independentemente dos seus rendimentos, da sua idade, do seu sexo, ou da sua profissão, os quais deveriam ter as mesmas possibilidades de aceder aos mais eficazes e mais modernos serviços médicos e conexos, que deveriam ser gratuitos no acto da prestação de cuidados⁴⁰.

Não foi apenas na Grã-Bretanha que se verificou a necessidade de afirmar normativamente estes princípios. No rescaldo da Segunda Guerra Mundial, confrontados com as experiências realizadas e com os avanços associados à prestação de cuidados de saúde, a comunidade internacional sentiu a necessidade de reafirmar o primado da pessoa humana e o reconhecimento da dignidade dos indivíduos como direito fundamental. Corolário desta necessidade, a adopção em Dezembro de 1948 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em cujo artigo 25.º encontramos a consagração do direito à protecção da saúde,

“1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda

³⁸ A prestação de cuidados de saúde surge como uma das condições necessárias à existência de um sistema de segurança social, devendo aquela prestação ser financiada a partir da riqueza do Estado e não apenas da remuneração do trabalho, abrangendo toda a população e diferentes riscos sociais (Sakellarides, 2005).

³⁹ O Relatório apresentado por Beveridge, no qual se encontravam explanados os princípios do Estado do Bem-Estar Social, não constitui um documento sobre prestação de cuidados e organização de serviços de saúde. Sobre a influência deste Relatório, veja-se Musgrove (2000).

⁴⁰ Segundo Sakellarides (2005), a prestação de serviços de saúde passaria a ser pré-paga. Desta forma, os indivíduos, ao longo dos anos, financiariam a prestação de cuidados de saúde através dos seus impostos, de modo a que a sua utilização por todos seja possível, sempre que se configure necessário, sem constrangimentos associados à capacidade financeira e económica de cada um no momento da prestação.

quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”⁴¹

Idêntico entendimento encontra consagração na Carta Constitutiva da OMS, onde se afirma que “O objectivo da OMS será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado possível” (sublinhado nosso). Neste mesmo documento, o conceito de saúde foi alargado, passando a ser entendido como “ (...) Um estado de bem-estar total, físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948)⁴².

A consagração do Estado de Bem-Estar Social e o reconhecimento do direito dos indivíduos à protecção da saúde, obrigaram à assumpção por parte dos Estados de uma nova responsabilidade - a criação de instrumentos que permitissem a cada um dos seus cidadãos manter o melhor nível de saúde possível, independentemente da sua condição socio-económica. De entre estas, destacamos a necessidade de criar condições que permitam assegurar o acesso a cuidados de saúde a todos os indivíduos, conforme alínea d) número 2, do artigo 12.º do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁴³. Esta concretização consubstancia-se nos sistemas de saúde nacionais, aos quais incumbe não só a obtenção e manutenção do melhor nível de saúde, mas igualmente, a redução das desigualdades existentes no acesso e obtenção de cuidados.

O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde surge então no panorama normativo internacional, consubstanciado no direito fundamental de protecção da saúde⁴⁴, ou, na

⁴¹ Sublinhado nosso.

⁴² Neste mesmo sentido a Declaração de Alma-Ata, sobre cuidados primários, disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (09.02.2008).

⁴³ De acordo com o artigo 12.º do PIDESC, o direito à melhor saúde física e mental depende de quatro aspectos essenciais, “a) a redução do número de nados-mortos e da mortalidade infantil e o são desenvolvimento das crianças, b) O melhoramento em todos os aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das doenças epidémicas, endémicas, profissionais e outras, e lutar contra as mesmas; d) A criação de condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em caso de doença.”

⁴⁴ Os elementos do direito à protecção da saúde não se esgotam na acessibilidade, antes compreendem a disponibilidade, que se traduz na existência de uma rede adequada de saúde pública e de cuidados de saúde, na qual se incluem as infra-estruturas, recursos humanos, bens e serviços de saúde (Ventura, 2005), na aceitabilidade, concretizada no respeito pelas normas da ética médica, bem como respeito pela dignidade, liberdades, autodeterminação, integridade e privacidade dos utilizadores, e pela qualidade dos bens, serviços e profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

perspectiva das políticas de saúde, como um objectivo dos sistemas de saúde, cujo conteúdo abrange a possibilidade de todos os indivíduos poderem em cada momento, usufruir de cuidados de saúde adequados à sua situação particular. Trata-se de uma verdadeira capacidade, a qual se traduzirá numa utilização efectiva de cuidados sempre que se verifique necessidade⁴⁵.

No que concerne à qualificação do direito de acesso como um objectivo dos sistemas de saúde, importa referir que nem todos concordam com esta acepção. De acordo com o Relatório sobre saúde mundial de 2000 (OMS, 2000, p. 24), a acessibilidade aos cuidados de saúde, não será em si mesmo um objectivo, mas um instrumento, tal como se pode aferir da seguinte afirmação:

“(...) paying equitably for the system is a good thing in itself. So is assuring that people are treated promptly, with respect for their dignity and their wishes, and that patients receive adequate physical and affective support while undergoing treatment”.

Seja este entendido como objectivo final, ou como instrumento para a obtenção e manutenção do melhor nível de saúde da população, a verdade é que o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde ocupa um lugar central entre os chamados direitos fundamentais, e de entre estes, dos direitos sociais, como veremos.

B) O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e o Direito Social Fundamental de protecção da Saúde – A questão da acessibilidade

Vimos já neste capítulo como o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde adquiriu ao longo da segunda metade do último século natureza de direito fundamental entre os chamados direitos sociais. Esta afirmação é especialmente verdadeira entre os países europeus, no entanto, no caso norte-americano, a saúde não é considerada um bem social, pelo que o direito à protecção da saúde não encontra previsão constitucional⁴⁶.

Numa perspectiva internacional, esta qualificação decorre de alguns textos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Carta Constitutiva da OMS (onde

⁴⁵ Neste mesmo sentido veja-se Imperatori (1999) para quem a acessibilidade se traduz na “possibilidade de um utilizador ou uma população receber os cuidados necessários e suficientes, por um preço razoável, num determinado momento e local apropriado”.

⁴⁶ Texto disponível em <http://www.usconstitution.net/const.html>

se afirma que o direito à protecção da saúde é “(...) *one of the fundamental rights of every human being ...*”), a Declaração de Alma-Ata (onde “A Conferência enfatiza que a saúde ... é um direito humano fundamental e que atingir o mais alto nível possível de saúde é a meta mundial mais importante a nível social (...)”, ou da adopção do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

O reconhecimento do direito de usufruir do melhor estado de saúde física e mental susceptível de ser atingido encontra-se previsto no artigo 12.º do mencionado Pacto, do qual resultam dois aspectos essenciais do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, isto é, a acessibilidade e a igualdade ou não discriminação.

No caso português, a Constituição consagra desde 1976, no seu artigo 64.º, o Direito à Protecção da Saúde⁴⁷ como um direito universal, geral e tendencialmente gratuito, texto pela sua importância, que transcrevemos em seguida na íntegra:

“Artigo 64.º

(Saúde)⁴⁸

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

⁴⁷ “direito a ser saudável”. Como esclarece o CDESC, trata-se antes do direito a aceder a um conjunto de meios, serviços e bens que permitam aos indivíduos alcançarem o melhor nível de saúde possível, atendendo às suas especiais circunstâncias.

⁴⁸ Sublinhado nosso.

- c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
 - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.”

Identificando-se o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, na sua essência, com a norma constitucionalmente consagrada, assumirá a natureza de direito fundamental decorrente quer do reconhecimento da dignidade da vida humana, quer do direito à integridade pessoal como elementos estruturantes da actual organização social, incluído entre os chamados direitos sociais⁴⁹.

Enquanto direito social, a norma constitucional destina-se, segundo Gomes Canotilho e Vital Moreira (1991) ao Estado, ao qual incumbe a criação das condições adequadas para a concretização do direito pelos indivíduos. Idêntica posição a assumida por Medeiros (Miranda & Medeiros, 2005), no seu comentário ao artigo 64.º, ao afirmar que estamos na presença de um direito a prestações positivas do Estado, prestações estas de natureza jurídica e material.

Uma outra característica impende ainda sobre os chamados direitos sociais. Encontrando-se a sua disponibilidade limitada pelo princípio da constitucionalidade das leis, logo pela observância dos chamados direitos fundamentais, a verdade é a concretização dos chamados direitos sociais encontra-se segundo Jorge Novais, dependente e condicionada pelas disponibilidades materiais e financeiras do Estado (2007), não havendo lugar a uma exigibilidade directa e imediata do direito, segunda aquele mesmo autor. Antes, a sua concretização encontra-se sob a reserva do possível.

Segundo Medeiros (Miranda & Medeiros, 2005), tratando-se de um direito a prestações de natureza social, a concretização do mesmo, realiza-se sob reserva dos

⁴⁹ Entre nós, os direitos e deveres económicos, sociais e culturais encontram previsão no título III da Constituição da República Portuguesa, inseridos na Parte I – Direitos e Deveres Fundamentais. Entre os chamados direitos sociais encontra-se o direito à segurança social, saúde, habitação e urbanismo, ambiente e qualidade de vida, família, paternidade e maternidade, infância, juventude, cidadãos portadores de deficiência e terceira idade, artigos 63.º a 72.º.

recursos disponíveis, pelo que este direito não será directamente aplicável, antes onera o legislador na obrigação de uma prestação, ou seja, o Estado encontra-se obrigado⁵⁰ a promover as condições necessárias à efectivação deste direito por parte dos indivíduos. Idêntico entendimento resulta do artigo 12.º do PIDESC.

Verifica-se a coexistência de duas vertentes⁵¹ no âmbito destes direitos, *maxime*, na concretização do direito à protecção da saúde. A primeira traduz-se numa obrigação de abstenção por parte do Estado e de terceiros, de praticarem qualquer acção que possa de qualquer modo prejudicar a saúde dos indivíduos (Acórdão n.º 92/85). A segunda dimensão incorpora um conteúdo mínimo, directamente aplicável, que se consubstancia num dever de actuar, numa obrigação constitucional concreta e permanente, como alias decorre da alínea d) do artigo 9.º da CRP, onde se afirma que:

“São tarefas fundamentais do Estado (...) promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais.”

Ao Estado incumbe, nos termos anteriores, a concretização do direito à protecção da saúde através da criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito⁵². Esta concretização, como sucede em sede de direitos sociais (Novais, 2007), realizar-se-á de forma gradual e diferida no tempo, dependente como vimos em parágrafo supra, dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ainda que sob a presença dos direitos fundamentais como limite. Observemos de seguida cada uma das características enunciadas.

⁵⁰ Estamos, segundo Ventura (2005), na presença de uma obrigação de agir, encontrando-se o Estado obrigado a adoptar as medidas legislativas, administrativas e outras adequadas, com vista a assegurar progressivamente o pleno exercício do direito em apreço, ou seja, criar condições favoráveis à realização e manutenção do melhor estado de saúde possível de atingir pelas pessoas (pag. 62). Veja-se ainda Acórdão n.º 39/84, do Tribunal Constitucional, segundo o qual, o direito à saúde, como a generalidade dos direitos sócias, consiste fundamentalmente num direito dos cidadãos a determinadas acções ou prestações estaduais, com a contrapartida da obrigação do estado em pratica-las ou presta-las (§ 2.3.1.). Idêntico entendimento encontra-se vertido nos Acórdãos 92/85 e 731/95, do Tribunal Constitucional.

⁵¹ Vide Dupuy (1979).

⁵² Expressão introduzida após a revisão constitucional de 1989. Até então, o SNS era universal, geral e gratuito, tal como resultava dos princípios enformadores do modelo decorrente do Relatório de Beveridge, que enunciaremos em momento posterior. Como formas de concretização legislativa desta obrigação, surgem o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a Lei de Bases da Saúde, bem como os restantes normativos que regulam a prestação de cuidados. Veja-se ainda Acórdão n.º 39/84 do Tribunal Constitucional.

O princípio da universalidade encontra previsão constitucional no artigo 12.º, segundo o qual todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na CRP. No âmbito do acesso a cuidados de saúde, a universalidade traduz-se na cobertura da totalidade da população pelos serviços de saúde.

De facto, se em sede de universalidade a todos os indivíduos são reconhecidos todos os direitos e todos os deveres, por referência aos destinatários da norma constitucional (Miranda & Medeiros, 2005), no âmbito do princípio da igualdade⁵³, trata-se já, de uma igualdade perante a lei, que respeita ao conteúdo da norma.

A universalidade confere aos indivíduos, a todos os indivíduos, o direito de recorrer ao SNS, e inclui o princípio geral da equiparação no que se refere ao acesso a cuidados de saúde de estrangeiros e apátridas, como veremos ao tratarmos das situações concretas de acesso ao SNS. Neste âmbito, todos, e não apenas os cidadãos, mas estrangeiros e apátridas, gozam do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde.

O princípio da igualdade, garante da não discriminação, contempla, na sua génese, a inibição da titularidade e o exercício do direito protecção da saúde, *maxime*, do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde serem negados com fundamento em qualquer motivo ilegítimo de tratamento indiferenciado, enunciados quer no n.º 2 do artigo 13.º da CRP, quer na DUDH (Ventura, 2005). Quer isto dizer, que quando nos encontramos em sede de cuidado de saúde, o acesso aos serviços prestadores encontra-se assegurado para todos, garantindo quer a igualdade de tratamento, quer a igualdade de oportunidades de manutenção e obtenção dos melhores níveis de saúde possíveis.

Este princípio implica que os níveis ou vertentes de acesso dos indivíduos aos cuidados de saúde não possam ser negados a qualquer indivíduo, com fundamento em factores como raça, sexo, condição socio-económica, ou outra, irrelevante de um ponto de vista jurídico. Este direito de aceder a cuidados, confunde-se nesta característica, como em outras, com o próprio direito de protecção da saúde.

Desta forma, o direito de acesso incorpora no seu conteúdo, e necessita para a sua concretização, o princípio da igualdade, uma vez que só assim poderá um sistema

⁵³ No que respeita ao princípio da igualdade, veja-se o artigo 13.º CRP: “1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. 2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.”

de saúde, garantir que todos os cidadãos terão as mesmas oportunidades de tratamento e de gozo do direito à protecção da saúde. Este entendimento, entre nós vertido no artigo 64.º da Constituição, encontra-se igualmente presente em diversos normativos internacionais, como a Carta Constitutiva da OMS, onde consta expressamente “*the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*”, também o artigo 3.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina⁵⁴, nos diz que aos Estados incumbe assegurar “um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada”, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no seu artigo 35.º, ou a Carta Social Europeia Revista⁵⁵, em cujos normativos se consagram o direito à protecção da saúde, artigo 11.º e o direito a assistência médica, artigo 13.º, para todos aqueles que não disponham de recursos suficientes para o fazerem.

Se naquilo que se refere aos indivíduos o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde pressupõe acessibilidade e não discriminação, já no que se refere aos Estados, esta norma constitui uma das principais tarefas (Nunes, 2005) atribuídas ao poder executivo, como veremos.

Verifica-se então, que sob o Estado impende a obrigação de criar as condições necessárias para assegurar e garantir o acesso em condições de igualdade. Segundo o artigo 12.º do PIDESC⁵⁶, a acessibilidade aos serviços de saúde, incorpora a distinção de três níveis, o primeiro dos quais é a acessibilidade física.

A acessibilidade física, implica segundo Ventura (2005) que a rede de cuidados de saúde esteja ao alcance físico de todos os sectores da população, ou como afirmam

⁵⁴ Sobre a CDHBio, veja-se Relatório explicativo da Convenção sobre Direitos do Homem e da Biomedicina, <http://conventions.coe.int/treaty/en/Reports/Html/164.htm>, e ainda Silva (1997), e Gevers; Hondius; Hubben, (2005).

⁵⁵ Cujo texto integral se encontra disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/rar64A_2001.html

⁵⁶ A norma vertida neste preceito, abrange a prestação de cuidados de saúde, não se reduzindo a estes, antes coloca especial enfoque nos determinantes da saúde. Os determinantes de saúde (Last. 1995), entendidos como “qualquer factor, acontecimento, característica ou outra entidade definível, que provoca a alteração de uma característica de saúde definida”, constantes da Declaração de Jacarta, podem agrupar-se em três grupos, ambiente social e económico, ambiente físico, características pessoais e comportamentos, nos quais se inserem factores de natureza distinta, como os rendimentos e a posição social, a educação, o envolvimento físico, redes sociais de apoio, factores genéticos e estilos de vida ou o género. Sobre os determinantes da saúde, ver ainda Declaração de Jacarta disponível em <http://www.dgs.pt/>, e Anexo I ao Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, disponível em http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/65B23D62-3BFE-4337-80B0-56A6DAD1F267/0/Anexos_Rel_Sustentabilidade_Financiamento_SNS.pdf

Porte e Teisberg citados por Sakellarides (2007), “o valor em saúde não resulta da existência de um conjunto de serviços de saúde mais ou menos eficientes. Resulta, antes, da forma como estes se conseguem articular para realizar melhores resultados em saúde por cada dólar gasto.”

O segundo nível considera a acessibilidade económica ou *affordability*, entre nós directamente relacionada com a tendência de gratuitidade atribuída ao sistema. Segundo a interpretação constante do parágrafo 12. b) do Comentário Geral n.º 14 (CIDESC), sobre o direito ao melhor estado de saúde possível de atingir⁵⁷, os serviços, meios e bens de saúde devem ser economicamente acessíveis para todos os indivíduos, conforme afirmação que se transcreve:

“Payment for health-care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households.”

Finalmente, o último nível refere-se à acessibilidade informativa (CIDESC, 2000). Esta encontra-se directamente relacionada com o direito de acesso à informação, previsto no artigo 19.º, n.º 2 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, e traduz-se no direito que cada indivíduo tem de procurar, receber e partilhar informações em matéria de saúde.

Enunciada a universalidade, a generalidade do SNS traduz-se na necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde de forma a torna-los aptos a intervir sobre o indivíduo como um todo. Desta característica decorre a necessidade de organização e adaptação dos serviços às características e necessidades da população servida, nomeadamente através da criação de redes de cuidados que envolvam as diferentes vertentes associadas à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, ou alargando os cuidados prestados, como sucede ao promover-se a inclusão de determinado tipo de cuidados no âmbito do SNS, procurando a integração progressiva (Novais, 2007) de todos os serviços públicos de saúde, todos os domínios médicos e todas as prestações de saúde.

⁵⁷ Texto integral disponível em [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

A terceira condição decorrente da norma constitucional prende-se com a gratuitidade no acesso aos cuidados. Esta decorre da responsabilidade do Estado pela saúde dos seus cidadãos, o qual deveria proporcionar cuidados gratuitos no momento em que a necessidade se efectiva (Simões, 2004). Num momento inicial, a CRP consagrou esta opção. No entanto, e como vimos anteriormente, a concretização destes direitos encontra-se intrinsecamente (Novais, 2007) dependente das disponibilidades materiais e financeiras do Estado, o que levou à introdução em 1989, da expressão “tendencialmente gratuito”. Quer isto dizer, que uma vez que se encontre salvaguardado o direito de acesso, e que o pagamento não se efectue de forma directa pelos utentes, é admissível (Miranda & Medeiros, 2005) a incorporação de taxas moderadoras no momento de procura de cuidados de saúde, uma vez que se destinam a racionalizar a utilização do SNS e não a ser um pagamento do “preço” dos serviços, como se pode ler no Acórdão n.º 731/95, do Tribunal Constitucional.

Isto mesmo resulta do artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, segundo o qual as taxas moderadoras diversificadas se destinam a fazer “comparticipar os utentes nos custos das prestações, ou cuidados de saúde, de modo a evitar ou minorar os abusos excessivos e desnecessários”, num mesmo sentido, o Acórdão n.º 330/89 do Tribunal Constitucional.

Para que o pagamento de taxas moderadoras não constitua um impedimento ou restrição ao Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, e para que o preceito constitucional seja observado, torna-se necessário salvaguardar a situação dos cidadãos mais carenciados, seja através da implementação de diferenciação nos montantes das taxas⁵⁸, na senda do defendido por Sérvulo Correia (Correia, 1996) e Medeiros, (Miranda & Medeiros, 2005) ou da manutenção do financiamento pelo Orçamento geral do Estado como decorre do n.º 1 da Base XXXIII, da LBS conjugado com o n.º 1 *ab initio*, do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde⁵⁹.

No que se refere à tendência de gratuitidade e ao direito de acesso, conclui Jorge Novais (2007), no Anexo 4 do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do

⁵⁸ Veja-se a título de exemplo as isenções de pagamento de taxas moderadoras decorrentes do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, do Despacho n.º 6961/2004, de 6 de Abril, da Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto, e do Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio.

⁵⁹ A este respeito veja-se Sérvulo Correia, embora os cuidados de saúde devam ser gratuitos tanto quanto permita a situação financeira do Estado, não terão de sê-lo absolutamente (CORREIA, 1996).

Financiamento do SNS, “a introdução do pagamento de taxas moderadoras não pode ser excessiva, nem pôr em causa a gratuitidade da prestação aos grupos mais carenciados, atendendo a critérios de capacidade económica e condição social dos utentes.”

1.2 Direito de Acesso a Cuidados de Saúde como elemento da Saúde Pública

Vimos em secção anterior que o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde se encontra intrinsecamente relacionado com os princípios do reconhecimento da dignidade e integridade do indivíduo, e que o seu exercício é condição para a obtenção, recuperação e manutenção do melhor nível de saúde atingível por cada um dos indivíduos que compõe uma sociedade. A sua associação à saúde individual não parece suscitar qualquer questão. E no que respeita à saúde pública, qual o papel desempenhado por este direito?

Segundo Ferreira (1990), o conceito de saúde pública surge inicialmente como a saúde do povo, das comunidades ou dos grupos de populações humanas, por oposição ou complemento ao conceito de saúde individual. Ainda segundo este autor, em 1953, a OMS, adoptou uma noção de saúde pública baseada na teorização apresentada em 1923 por Winslow, segundo a qual a saúde pública incorporava “o estudo e a aplicação de medidas de ordem sanitária, de medicina preventiva, de medicina curativa, de promoção da saúde e de melhoria do nível de vida, como um programa de conjunto”. De acordo com Kinney⁶⁰, a promoção e a protecção da saúde pública é uma das mais antigas funções do Estado.

No seu Relatório Mundial da Saúde de 2007, a OMS, define a saúde pública⁶¹ como o conjunto de esforços (públicos ou privados) organizados, destinados a proteger, promover, recuperar e manter a saúde de todos os indivíduos enquanto todo. Podemos afirmar que neste conceito se incorporam as atribuições que o direito fundamental de

⁶⁰ Vide <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/Bioterrorism/4PHealthLaw/PHLaw00k.htm>

⁶¹ *Public health refers to all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole. Its activities aim to provide conditions in which people can be healthy and focus on entire populations, not on individual patients or diseases. Thus, public health is concerned with the total system and not only the eradication of a particular disease.* In Glossary of globalization, trade and health terms, disponível em <http://www.who.int/trade/glossary/en/#P>

protecção da saúde confere aos Estados, não numa perspectiva do direito de cada indivíduo, mas na afirmação do direito reconhecido a todos os indivíduos enquanto comunidade, de obterem e manterem os melhores níveis de saúde possíveis.

À Saúde Pública, é hoje pedido que monitorize e identifique os riscos, problemas e prioridades de saúde das comunidades, que reúna em estratégias globais (OMS, 2004) a prevenção, o tratamento e apoios face às novas necessidades, e finalmente, que assegure a todos os indivíduos o acesso a cuidados de saúde apropriados, incluindo promoção de saúde e prevenção de doenças, no que a Carta de Ottawa designa por capacitar (OMS, 1986).

Neste contexto, o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde não se reduz à actuação sobre a doença, antes visa capacitar as populações para “a completa realização do seu potencial de saúde”, procurando reduzir as desigualdades existentes e assegurando a igualdade de oportunidades e recursos, numa nova escala global.

Exemplo disto, o Relatório *A safer future: global public health security in the 21st century* (OMS, 2007). De acordo com este documento, as actuais circunstâncias mundiais enumeradas - crescimento demográfico acentuado, rápida urbanização, a ocupação de zonas desabitadas, a agricultura intensiva, a deterioração do ambiente, o uso incorrecto de fármacos, aparecimento de novas doenças e a facilidade das condições de propagação de agentes infecciosos, a cada vez maior dependência de produtos químicos, a mobilidade e a grande interdependência económica - que constituem factores facilitadores de propagação internacional de doenças, estão na génese da especificação do conceito de saúde pública ali vertido.

Neste sentido, saúde pública abrange (OMS, 2007) “o conjunto de actividades proactivas e reactivas necessárias para reduzir no possível a vulnerabilidade a incidentes agudos de saúde pública, que se estendem por diversas regiões geográficas e através de fronteiras internacionais, capazes de colocar em perigo a saúde colectiva das populações”, importando para a saúde pública uma nova característica de globalização, de actuação transnacional, que traduz uma preocupação pela generalidade das populações, demonstrada nos editoriais assinados por Drager e Beaglehole (2001) e por Feacham (2001) para o Boletim da Organização Mundial de Saúde sobre globalização, obrigando os Estados a actuações conjuntas, destinadas a assegurar cada vez mais e

melhores cuidados, em especial para as populações mais desfavorecidas, como cita Feacham, aqui transcrito:

“Lastly, globalization provides new opportunities for investing in global public goods that enhance health⁶². Up till now, most transfers of resources from rich countries to poor ones have focused on country-specific projects. [...] By contrast, some multi-country and multi-regional initiatives in health have been spectacularly successful. Examples include massively effective offensives against smallpox and poliomyelitis worldwide (...).”

A actual saúde pública tem agora um novo desafio⁶³, promover e assegurar a concretização global do direito de acesso a cuidados, ou como afirmado por Kaul & Faust (2001) “*other goals are to help poor countries procure medicines and strengthen their national health care services*”. Quer isto dizer que todas as populações, onde quer se encontrem terão direito a aceder aos cuidados de saúde necessários para manter ou recuperar o melhor nível de saúde possível face ao seu circunstancialismo. É do Director Geral da OMS a afirmação “*we have to work together to ensure access to a motivated, skilled, and supported health worker by every person in every village everywhere* (OMS, 2006). Outro entendimento não será aceitável, se tivermos presente a qualificação deste direito entre os direitos humanos fundamentais.

No quadro da saúde pública, o Direito de Acesso a Cuidados de saúde surge em três vertentes, como concretização de um direito humano fundamental, como forma de obter melhores resultados em saúde, veja-se o afirmado no Relatório da OMS sobre Saúde no Mundo relativo ao ano de 2004;

“Entre os argumentos da saúde pública favoráveis (...) de acesso ao tratamento, destacam-se duas considerações. Em primeiro lugar, a drástica redução da morbilidade (...) Em segundo lugar está o efeito sinérgico do tratamento nos trabalhos de prevenção. Ter acesso ao tratamento melhora a prevenção, nomeadamente, aumenta a procura de aconselhamento e a realização voluntária de rastreios, oferece mais oportunidades para a prevenção secundária, e reduz o risco de transmissão” (OMS, 2004).

⁶² Kaul (2001).

⁶³ Sobre as consequências da globalização para a saúde das populações ver ainda Corina (2001).

E numa terceira vertente, como meio para alcançar maior equidade, como resulta explicitado nos Relatórios Mundiais de Saúde, relativos aos anos de 2002, “*Reducing risks, promoting healthy life*”, e de 2005, sob o tema “*Make every mother and child count*”.

Assim entendido, torna-se necessário que a saúde se aproxime cada vez mais dos seus cidadãos e que seja capaz de incorporar e influenciar os diferentes saberes e sectores sociais (George, 2007), face ao escopo que visa atingir – mais e melhor saúde para todos, implicando esta concepção uma visão do direito de acesso a cuidados que não se pode reduzir ao acesso a cuidados de saúde.

Entre os muitos desafios que se colocam aos Estados e à Saúde Pública, destacamos a necessidade de procurar o justo equilíbrio entre as respostas mais adequadas às necessidades, impedindo uma certa instrumentalização da saúde pública, ou aquilo a que Annas (2005) chama “fundamentalismo da saúde pública”, face às novas ameaças, e que pode conduzir a um desvirtuamento do sentido de acesso emergente dos diferentes textos internacionais e, no caso português, da própria Constituição.

1.3 Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e Sistemas de Saúde

A) Os sistemas de saúde - Breves considerações

Durante o ano de 2000, os sistemas de saúde entraram definitivamente na agenda de saúde internacional, (como afirma Feacham, no editorial que escreveu para o Boletim da OMS⁶⁴), e nesse mesmo ano o Relatório sobre a Saúde no Mundo, procurava aprofundar e sistematizar o conhecimento sobre sistemas de saúde (OMS, 2000).

O conceito de sistema de saúde adoptado no presente trabalho é o vertido daquele documento (OMS, 2000), sendo entendido como o “conjunto de todas as organizações, instituições e recursos dedicados a produzir actividades de saúde, sejam no âmbito da saúde pessoal, dos serviços de saúde pública ou de iniciativas intersectoriais⁶⁵”.

⁶⁴ Bulletin of the World Health Organization. Genève: WHO. ISSN 0042-9686. 78:6 (2000). Special Theme: Health Systems. P. 715

⁶⁵ Veja-se ainda Observatory Glossary, do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde.

Deste conceito decorrem os objectivos dos sistemas de saúde, o primeiro dos quais se traduz na necessidade de promover e melhorar a saúde das pessoas (OPSS, 2007), que incorpora o conceito de *goodness (the best attainable average level* presente no Relatório supra citado (OMS, 2000), o segundo consubstancia-se na necessidade de melhorar as diferenças existentes no acesso e obtenção de cuidados (*fairness* ou equidade), o terceiro objectivo abrange a capacidade de resposta às expectativas legítimas das populações, e o último resulta na prossecução da equidade das contribuições financeiras e protecção face aos custos da doença, como forma de reduzir as iniquidades de acesso aos cuidados⁶⁶.

Os sistemas de saúde traduzem-se na forma como os Estados, atendendo às necessidades, recursos e circunstâncias próprias de cada país, respondem às necessidades de saúde dos seus cidadãos (Simões, 2004), seja numa perspectiva individual ou colectiva (saúde pública).

A abrangência e complexidade das questões associadas à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente a necessidade de garantir equidade no acesso aos que necessitam de cuidados e as questões associadas ao financiamento e sustentabilidade, exigem uma actuação estratégica, tanto nacional como numa perspectiva internacional⁶⁷, e oneram o Estado na concretização de uma actividade de tutoria ou de administração⁶⁸, que acresce à prestação de serviços, à necessidade de garantir os recursos necessários para assegurar a prestação de cuidados e ao financiamento.

Segundo o Relatório da OMS sobre sistemas de saúde (OMS, 2000) esta é a principal função do Estado a qual decorre da necessidade de garantir eficiência e custo efectividade⁶⁹ dos sistemas, pelo que, é da concretização desta função que dependem todas as outras, e é esta função que conduzirá os sistemas à prossecução dos seus objectivos.

Aos Estados já não se pede apenas que criem as condições necessárias ao direito das populações à protecção da saúde, é-lhes exigido que encontrem as melhores

⁶⁶ “*Human health has probably improved more over the past half century than over the previous three millennia ... a dark cloud, however, threatens to blot out the sun from this landscape. Almost everywhere the poor suffer poor health and the very poor suffer appallingly.*” (Feacham, 2000).

⁶⁷ Exemplo deste compromisso internacional Os objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Cimeira do Milénio (2000), disponível em www.un.org/millenniumgoals.

⁶⁸ Não existe correspondência exacta na nossa língua. Para este conceito Ana Escoval adopta a expressão “provedoria ou intendência. Veja-se Kawabata (2000) citando Saltman & Ferroussier-Davis.

⁶⁹ Para eficiência e custo efectividade, veja-se Glossário de Termos e Conceitos da APES, (2004)

soluções, seja de uma perspectiva financeira, tecnológica ou social. Não é suficiente disponibilizar cuidados, é necessário que o sistema de saúde esteja dotado dos meios necessários, que garanta a equidade financeira, que seja acessível, que tenha sustentabilidade e garanta a melhor qualidade possível face aos recursos existentes e ao menor custo possível⁷⁰, desta opção depende o futuro da saúde das populações (Campos, 2007), como demonstra a afirmação transcrita

“The ultimate responsibility for the overall performance of a country’s health system lies with government, which in turn should involve all sectors of society in its stewardship. The careful and responsible management of the well-being of the population is the very essence of good government (OMS, 2000)”

A função de *stewardship*, resulta segundo Saltman & Ferroussier-Davis (2000) de uma necessidade de reajustamento da função do Estado na gestão dos sistemas de saúde, nomeadamente no que se refere ao respeito pelos princípios éticos associados à gestão do bem comum. Este equilíbrio entre a ética e a procura de eficiência, tanto na esfera da decisão, como dos comportamentos, subjaz à chamada “função agência”.

Segundo Escoval (2003), a função agência procura garantir a qualidade e adequação dos serviços prestados na relação desigual entre serviços prestadores de cuidados e utilizadores, sendo o Estado chamado a desempenhar um papel de defesa/parceiro do cidadão.

Muitos dos sistemas de saúde que vivem actualmente estes desafios, tiveram a sua origem nas reformas iniciadas por Bismarck e Beveridge, em 1883 e 1942⁷¹, e nos modelos de protecção social então aplicados. No que se refere à saúde, ambos defendiam que a utilização dos serviços devia depender apenas da necessidade de utilização e não da capacidade contributiva de cada um.

⁷⁰ Sobre governação, veja-se OPSS, Relatório da Primavera de 2003, Sakellarides (2005), bem como Simões (2004).

⁷¹ Ver Parte I – Sistemas de saúde e o seu financiamento in Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, disponível em http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/6F976C8B-B306-41BD-98D6-BC7AE7FA870B/0/Rel_Sustentabilidade_Financiamento_SNS.pdf

B) A evolução dos sistemas de saúde - Os modelos de Bismarck e Beveridge

O modelo de protecção social de Bismarck, com base no “Estado de Bem Estar”, surge na Alemanha, durante o século XIX, como consequência da necessidade de assegurar um determinado nível de protecção e paz social (Sakellarides, 2005), face à difícil estabilidade decorrente das mutações sociais consequentes da Revolução Industrial.

Durante este período, a saúde das populações começou a ser considerada um valor por oposição aos custos que representavam, na produção, a doença, as incapacidades e a morte (OMS, 2000). O reconhecimento destes custos fez com que os empregadores comessem a disponibilizar cuidados médicos aos seus empregados, e que a saúde fosse “colocada nas agendas políticas” de então. Em 1883, Bismarck faz aprovar o seguro de saúde obrigatório para os trabalhadores, dando origem aos sistemas de saúde assentes num seguro social ainda hoje existentes.

Este modelo centra-se na existência de um seguro-doença público em favor dos trabalhadores (Simões, 2004), para o qual contribuíam igualmente os empregadores. Cada indivíduo contribuía de acordo com o seu rendimento ao longo da sua vida, para receber cuidados quando estivesse doente. Desta forma, o acesso a cuidados de saúde era financiado por um seguro de trabalho (OPSS, 2003).

Alguns dos países⁷² cujo sistema de saúde se baseia num seguro social mantêm (Portugal, Comissão, 2007) a subscrição obrigatória para aqueles que cumprem os requisitos estabelecidos. As contribuições (empregadores e empregados) baseiam-se nos rendimentos auferidos, enquanto que os desempregados e os grupos socialmente mais desfavorecidos vêm as suas contribuições serem garantidas pelo Estado.

No que se refere aos cuidados, não se encontra garantida a sua universalidade, definindo o Estado um núcleo base de cuidados, “deixando a recolha das contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença (quase) públicos, com maior ou menor grau de autonomia”.

Este modelo inspirou grande parte das medidas de protecção social adoptadas na Europa de então, e que se mantiveram até ao final da Segunda Guerra Mundial. Em 1942 surge no Reino Unido o Relatório Beveridge. Neste documento, Lord Beveridge

⁷² Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda.

defende a prestação de cuidados de saúde como uma das condições necessárias à existência de um sistema de segurança social, sendo a prestação de cuidados financiada a partir da riqueza do Estado e não apenas da remuneração do trabalho, abrangendo toda a população e diferentes riscos sociais.

Surge então o sistema de saúde centrado num serviço nacional de saúde, ao qual todos os indivíduos deveriam ter acesso, conforme enuncia Simões (2004), citando o já mencionado Relatório, na afirmação que se transcreve

“Independentemente dos seus rendimentos, da sua idade, do seu sexo, ou da sua profissão, os quais deveriam ter as mesmas possibilidades de aceder aos mais eficazes e mais modernos serviços médicos e conexos, os quais deviam ser gratuitos no acto da prestação de cuidados”.

Como forma de assegurar a sustentabilidade deste novo modelo, a prestação de serviços de saúde passaria a ser pré-paga. Assim, ao longo dos anos, os indivíduos financiariam a prestação de cuidados de saúde através dos seus impostos, de forma que, a sua utilização por todos fosse possível sempre que se mostrasse necessário, sem constrangimentos associados à capacidade financeira e económica de cada um no momento na prestação (Sakellarides, 2005).

De acordo com Simões (2004), os sistemas que ainda hoje se inspiram neste modelo, entre os quais a Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia, encontram-se organizados segundo cinco princípios considerados fundamentais, a responsabilidade do Estado, o princípio da compreensividade, o princípio da universalidade, o princípio da igualdade e o princípio da autonomia profissional.

Ao Estado é atribuído um papel de maior intervenção, sendo o principal responsável pela saúde das populações, compete-lhe a disponibilização de cuidados de saúde adequados às necessidades sentidas e verificadas, cuidados esses que devem ser gratuitos no momento da prestação de cuidados, devendo abranger os indivíduos no seu todo⁷³, e disponíveis, com a mesma qualidade, para toda a população.

⁷³ Compreensividade – característica dos cuidados de saúde existentes quando estes abrangem o indivíduo no seu todo, do ponto de vista biológico, psicológico e social (Imperatori, 1999).

Aos quatro princípios mencionados acresce o princípio da autonomia profissional⁷⁴, segundo o qual os médicos devem prescrever e referenciar para outros níveis de cuidados, condicionados apenas pelo melhor entendimento profissional enquadrado pelas boas práticas preconizadas para a situação (critérios técnicos), sem interferência das estruturas administrativas.

Em Portugal, como nos países mencionados no parágrafo anterior, o sistema de saúde centra-se num serviço nacional de saúde, de natureza pública, que tradicionalmente centralizava a prestação de cuidados. Em anos recentes, a necessidade de uma maior transparência entre as diferentes funções envolvidas, está na origem de uma cada vez maior contratualização⁷⁵ da prestação, como veremos em momento posterior.

Importa ainda uma ressalva final. Os sistemas de saúde permeáveis às diversas e constantes mutações verificadas, colocaram nas agendas políticas nacionais e internacionais, as reformas em curso, assumindo as questões relacionadas com a organização, sustentabilidade⁷⁶, acesso e respostas às expectativas legítimas dos utilizadores um lugar central na discussão.

Neste mesmo sentido se pronuncia o Conselho da Europa em documento de 2003, ao afirmar como se transcreve:

“Reform of health care systems in the member states of the Council of Europe has been a virtually continuous process which seeks to reconcile the often contradictory aims of maximising quality, efficiency and equality of access as well as guaranteeing the viability of the system, against a background of limited government resources and rapid demographic and technological change.”

Como elemento fundamental, surge a Carta de Ljubljana⁷⁷, assinada em 1996, na qual se encontram definidos os princípios orientadores das reformas em curso. De

⁷⁴ Entre nós o artigo 4.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, sob a epígrafe Independência dos Médicos, diz “O Médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, não podendo ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício de funções clínicas” in Mendes (2001).

⁷⁵ Para uma noção de contratualização, veja-se Escoval (2003).

⁷⁶ Em Portugal veja-se a nomeação da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Despacho Conjunto n.º 296/2006, de 30 de Março.

⁷⁷ Texto disponível em http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5

acordo com este documento, as reformas dos sistemas de saúde devem ser (a) conduzidas por valores como a dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; (b) claramente orientadas para a saúde, sendo os ganhos, a protecção e a promoção de saúde entendidos como um objectivo principal da sociedade no seu conjunto; (c) centradas nos indivíduos: dirige-se às necessidades dos cidadãos e tem em conta as suas expectativas em saúde e em cuidados de saúde expressas. Tem de assegurar que a voz e a escolha dos cidadãos influenciem decisivamente o modo segundo o qual os serviços de saúde estão planeados e actuam. Os cidadãos devem também partilhar responsabilidades pela sua própria saúde; (d) dirigidas para a qualidade: a qualidade dos cuidados de saúde prestados deve melhorar constantemente atendendo à relação custo/eficácia; (e) financeiramente sustentadas, sendo que o financiamento do sistema deve permitir oferecer cuidados a todos os cidadãos de forma sustentável, com cobertura universal e acesso equitativo de todos aos cuidados necessários. Os recursos para a saúde têm de ser usados com eficiência, competindo aos governos assegurar a regulação (*stewardship*) do sistema de financiamento de forma a garantir a solidariedade; e por último, (f) as reformas devem ser orientadas para os cuidados de saúde primários: o sistema deve conseguir que os serviços de saúde, a todos os níveis, protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem doenças, reabilitem doentes e acompanhem os doentes terminais. Devem igualmente reforçar a participação do doente no processo de decisão e promover a continuidade de cuidados nos seus meios.

C) Direito de Acesso a Cuidados de Saúde e desempenho dos Sistemas de Saúde

“Better health is of course the « raison d’être » of a health system ...if health systems did nothing to protect or improve health there would be no reason for them.”
(OMS, 2000)

Vimos anteriormente que os sistemas de saúde visam, através do seu desempenho, a concretização de três metas⁷⁸ essenciais, a melhoria da saúde das populações, respostas adequadas às expectativas legítimas e a equidade das contribuições financeiras. O primeiro daqueles objectivos, melhorar a saúde das populações, incorpora a concretização de duas finalidades, as quais: a obtenção do melhor nível de saúde possível, e a diminuição das desigualdades existentes no acesso e obtenção de cuidados de saúde, ou equidade⁷⁹, um dos mais importantes objectivos dos sistemas de saúde actuais, e um enorme desafio para a moderna saúde pública (Whitehead, 2000).

Por equidade entende-se (APES, 2004) a “distribuição justa de um determinado atributo populacional”, abrangendo (Macinko & Starfield, 2002) o tratamento preferencial para aqueles que apresentam maiores necessidades de saúde (equidade vertical), como o tratamento igual para necessidades de tratamento idênticas (equidade horizontal)⁸⁰. Para o presente trabalho interessa-nos a equidade na obtenção e acesso a cuidados de saúde.

Face aos objectivos identificados, o desempenho dos sistemas de saúde medir-se-á pelos resultados obtidos face às metas concretas supra consideradas (OMS, 2000; Murray & Frenk, 2000⁸¹), as quais se concretizam na elaboração de políticas, supervisão, coordenação, regulamentação, monitorização, e outras de acordo com os princípios da boa ética na gestão do bem público (OMS, 2000; Perker, Harding, Travis, 2000).

Desta forma e em obediência a estes princípios, compete aos Estados, em cumprimento do estabelecido na Carta de Ljubljana, centrar os sistemas de saúde nos cidadãos e nas suas necessidades, assegurando idênticas condições de acesso a cuidados para todos os indivíduos, uma vez que a forma como são concebidos, geridos e financiados, afecta a vida e a subsistência dos indivíduos, numa associação directa entre

⁷⁸ Por metas de saúde entende-se “a expressão de um compromisso negociado entre os vários actores de saúde sobre até onde é desejável e possível chegar na melhoria da saúde, uma vez mobilizada a energia social necessária para acelerar tendências positivas e inverter as negativas (Sakellarides, 2005).”

⁷⁹ Sobre o conceito de equidade veja-se Levy, J.; Chemrinski, S; Tuchmann, J. (2006), Williams, R. (2006) e Tugwell (2006).

⁸⁰ Sobre equidade horizontal, veja-se Macinko; Starfield (2002).

⁸¹ Estes autores apresentam uma grelha de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que se encontra sistematizada no seu artigo “A framework for assessing the performance of health systems”. In «Bulletin of The World Health Organization» (Murray, Frenk, 2000). Veja-se ainda Gakidou, Murray, Frenk (2000).

acesso e saúde, como explicita a afirmação “*the difference between a weell-performing health system and one that is failling can be measured in death, disability, impoverishment, humiliation and despais* (OMS, 2000)”.

Para alguns autores, como resulta demonstrado no trabalho de Macinko e Starfield (2002), o conceito de equidade incorpora as dimensões do acesso e utilização e financiamento dos sistemas de saúde⁸². No que respeita à equidade no acesso (ou acessibilidade) e utilização de serviços, para além desta constituir um objectivo dos sistemas de saúde, é um instrumento que permite “medir” vertentes do desempenho dos sistemas, como decorre da afirmação “*the more accessible a system is, the more people should utilize it to improve their health* (OMS, 2000).” No entanto, não é suficiente que o sistema permita o acesso, para que exista equidade no acesso a um sistema de saúde, este deve garantir que os utilizadores são tratados adequadamente, com respeito pela sua dignidade e vontade, recebendo o tratamento (físico e afectivo) adequado, ou *responsiveness* (OMS, 2000).

Uma outra dimensão do acesso aos cuidados de saúde, prende-se com a necessidade de os sistemas encontrarem formas de reduzir as diferenças existentes no acesso e obtenção de cuidados decorrentes do seu financiamento (*fairness*), questão esta directamente associada à própria sustentabilidade dos sistemas de saúde.

De acordo com Berman (2000), o desempenho dos sistemas de saúde define-se em função de três variáveis, o estado de saúde, a satisfação da população face aos processos e resultados obtidos e a protecção financeira conferida face aos custos da doença. Esta última vertente implica por um lado, que os indivíduos não devem ser obrigados a “empobrecer” para custearem cuidados de saúde de que necessitam (Murray & Frenk, 2000), e por outro, que as populações contribuam, para o financiamento do sistema de forma equitativa, de acordo com a sua capacidade económica. Defendem aqueles autores, que a equidade financeira será assegurada se a contribuição de cada

⁸² Para Daniels et. al. (2000), o conceito de equidade é um conceito complexo que abrange diferentes dimensões de equidade, como seja: equidade nos resultados de saúde, a exposição a factores de risco, de acesso a cuidados e de financiamento, a eficácia da administração e afectação dos recursos necessários à satisfação das necessidades, gestão responsável e a autonomia dos doentes e prestadores de cuidados. Estes autores, apresentam ainda nove critérios para aferição de diferentes dimensões de equidade. «Bulletin of The World Health Organization».Geneva: WHO ISSN 0042-9686. 78:6 (2000) Special Theme: health Systems. p. 740-750.

indivíduo for realizada por referência à sua capacidade de contribuir e não em função do uso de cuidados ou do seu risco.

O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, e o princípio da igualdade de tratamento, implicam segundo HURST (2000), no que respeita à concretização da meta da equidade financeira dos sistemas de saúde, que os Estados assegurem o equilíbrio entre a procura de cuidados e os custos, cada vez mais elevados, associados à prestação, de forma a que todos possam em igualdade de circunstâncias, e na medida das suas necessidades⁸³, ter acesso a cuidados de qualidade reconhecida, atendendo a critérios de eficácia, custo eficiência e aceitabilidade social.

Podemos então concluir, que face aos objectivos dos sistemas de saúde, nomeadamente melhoria da saúde e equidade face aos custos associados à doença, a questão do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde representa mais do que um objectivo – melhor acesso - o principal meio para a concretização das metas que os sistemas se propõem atingir. Desta forma, quanto melhor for o acesso aos cuidados de saúde, melhor será o nível de saúde da população abrangida, melhor será o desempenho do sistema de saúde, sobre o qual incide a responsabilidade explanada na afirmação “*today and every day, the lives of vast numbers of people lies in the hands of health systems* (OMS, 2000)”, contribuindo desta forma tanto para a redução da exclusão, como da pobreza⁸⁴, bem como para o progresso da sociedades (OMS, 2005).

⁸³ Esta visão marca uma alteração na forma de conceber os sistemas de saúde. De acordo com o Relatório da Saúde no Mundo de 2000, a OMS, refere o conceito de “novo universalismo”, quer isto dizer que os sistemas devem proporcionar cuidados básicos de elevada qualidade, em vez de proporcionar todos os cuidados possíveis a todos os indivíduos ou apenas alguns cuidados básicos para os mais pobres (OMS, 2000). Nesta óptica, será admissível racionar os serviços, desde que toda a população seja tratada segundo os mesmos critérios.

⁸⁴ De acordo com os Relatórios da OMS de 2000, 2004 e 2005, os países que apresentam piores resultados ao nível do desempenho são aqueles em que se verifica um menor investimento em saúde e maiores constrangimentos e ineficiências no acesso.

CAPÍTULO IV

OS SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS

E NORTE-AMERICANO (EUA)

1. A prestação de cuidados de saúde num sistema de acesso universal - O Serviço Nacional de Saúde Português

1.1 Notas sobre a sua evolução

O século XX, no que se refere à saúde, corresponde segundo Ferreira (1999) a um período excepcionalmente marcante da história dos serviços de saúde, no qual se obtiveram ganhos⁸⁵ significativos na melhoria do estado de saúde das populações.

Segundo Villaverde Cabral (2002), durante a segunda metade daquele século quatro dimensões – política, sócio-cultural, demográfica e médica - sofreram alterações significativas para a história da saúde e da doença. Do ponto de vista político, a assumpção do compromisso pelos governantes relativo à promoção do bem-estar das populações, e o reconhecimento do direito à protecção da saúde, levou os mesmos a colocarem as questões associadas à saúde nas agendas políticas, permitindo um aumento do investimento neste sector, com benefícios nomeadamente quanto à descida da mortalidade infantil e ao controlo de doenças infecciosas, e consequente aumento da esperança média de vida.

A par do investimento na saúde, durante aquele período verificaram-se ainda importantes alterações sociais e económicas, traduzidas numa melhoria substancial do nível de vida, das condições de habitação, educação, acesso a cultura, participação democrática dos cidadãos, e outras que permitiram um maior investimento e prevenção da doença e, segundo aquele autor, valorização da saúde.

Do ponto de vista médico, o século XX foi igualmente marcante pelos avanços em diversas áreas fortemente associadas à prestação de cuidados e fundamentais no que se refere à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, em áreas como o controlo da dor e incómodos associados à doença, mas também em termos de saúde pública, onde se obtiveram importantes ganhos decorrentes da implementação de programas de vacinação, de combate a doenças infecciosas, adopção de medidas legislativas com vista à redução dos riscos decorrentes de actividades laborais e criação e implementação de programas com vista à promoção da saúde e aquisição de hábitos de vida saudáveis (OMS, 2002).

⁸⁵ Para uma noção de “ganhos em saúde”, OMS, Health Promotion Glossary. Disponível em www.who.eu

No que respeita ao caso português, procederemos de seguida à análise da evolução do sistema de saúde de acordo com ... momentos ou períodos.

A) Até à década de setenta

Um primeiro momento resulta da reforma sanitária iniciada em 1899 por Ricardo Jorge, tem uma duração de cerca de trinta anos e corresponde a um período de descobertas no âmbito das ciências médicas, a par de uma melhoria da saúde da população. Neste período foram criadas entidades como a Inspeção-geral Sanitária, O Conselho Superior de Higiene Pública ou o Instituto Central de Higiene, bem como (Simões, 2004) os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária. É ainda durante este período que se inicia o movimento da saúde pública⁸⁶

Entre 1944 e 1971, o Estado desempenhava um papel supletivo (Escoval, 2003) no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, a qual assentava segundo Simões (2004), num conjunto de subsistemas independentes, que progressivamente foram assegurando a cobertura de cuidados de saúde à população, inicialmente apenas aos trabalhadores por conta de outrem, num momento posterior aos trabalhadores independentes e finalmente, num terceiro momento, também aos familiares (Reis, 1999).⁸⁷

A par desta variedade de prestadores de cuidados, a prestação de cuidados de saúde é fortemente marcada por constrangimentos económicos e financeiros, segundo Pitta Barros (Barros & Gomes, 2002), a despesa com saúde apenas representava 2,8 % do PIB.

Apesar de ainda incipiente, verificou-se durante este período uma melhoria, ainda pouco expressiva de alguns indicadores de saúde (ver quadro I):

⁸⁶ Num momento posterior, foram criados os serviços de previdência e de protecção do trabalho e alargados os serviços assistenciais na doença. São igualmente criadas delegações de saúde em cada distrito (vide Ferreira, 1999 e Simões, 2004).

⁸⁷ Para uma evolução do sistema nacional de saúde, veja-se Relatórios da Primavera do Observatório Português de Sistemas de Saúde relativos aos anos de 2001, 2002 e 2003, disponíveis em www.observaport.org

Quadro I – Evolução de Indicadores de saúde entre 1960 e 1970 (Adaptado de Reis, 1999)

Indicadores de Saúde	1960	1970
Esperança de vida à nascença (M)	66,4	71
Esperança de vida à nascença (H)	60,7	65,3
Anos de vida potencial perdidos (M)	23 073,6	18 676,8
Anos de vida potencial perdidos (H)	17 396,1	12 822,0
Mortalidade Infantil	77,5	58,0
Mortalidade Perinatal	41,1	38,9

B) Décadas de setenta e oitenta

Se é verdade que a saúde das populações há muito que constitui uma preocupação dos nossos governantes⁸⁸, é em 1971 que ocorre a primeira grande reforma da saúde e assistência no nosso país, nomeadamente no que se refere à reestruturação dos serviços de saúde.

Como vimos, o nível de saúde dos portugueses era baixo, a cobertura de cuidados de saúde apresentava irregularidades, bem como assimetrias quanto aos profissionais, situação que se procurou resolver com a publicação dos Decretos-Lei n.º 413/71 e 414/71, que criaram os centros de saúde.

A necessidade de criar uma política unitária de saúde, o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental, a necessidade de instaurar de forma progressiva um sistema nacional de saúde que integrasse todas as actividades de saúde, bem como o reconhecimento da necessidade de planeamento (Ferreira, 1999), estiveram na origem da criação do Serviço Nacional de Saúde, previsto no artigo 64.º da Constituição de 1976.

Esta medida “significou a transição de um financiamento parcialmente contributivo para um financiamento baseado no orçamento geral do estado” (OPSS, 2003), e uma mudança de paradigma no modelo organizacional, abandonando o sistema de inspiração alemão, para adoptar um sistema de saúde de acordo com o modelo de Beveridge.

Este modelo assentava, como vimos anteriormente, no reconhecimento da dignidade da vida humana e do direito à protecção da saúde como um direito social

⁸⁸ Para uma evolução da saúde em Portugal, ver Ferreira (1990) e Simões (2004).

fundamental, garantido aos cidadãos a disponibilização de meios de promoção e preservação da saúde (Ferreira, 1999), resultando na criação de um serviço nacional de saúde cujas características se mantêm até aos nossos dias, *i*) universal quanto ao acesso, *ii*) que procura assegurar a equidade quanto ao acesso e quanto à utilização dos recursos, *iii*) garantia os custos de financiamento dos cuidados, *iv*) possibilidade de escolha dos prestadores dentro dos limites dos recursos disponíveis, e *v*) sustentabilidade do sistema. Neste mesmo sentido, Canotilho (2007), quanto aos princípios estruturantes do Serviço Nacional de Saúde, universalidade, generalidade, tendência de gratuitidade, descentralização da gestão e participação.

Dentro deste enquadramento, o artigo 64.º da CRP impõe a criação de um sistema nacional de saúde de carácter universal, ao qual tinham acesso, em igualdade de circunstâncias, todos os cidadãos, beneficiando de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, ou outros orientados para a protecção da sua saúde, posteriormente regulamentado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro⁸⁹, a qual criava o Serviço Nacional de Saúde, prevendo no seu artigo 4.º:

“1. O acesso ao serviço nacional de saúde é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer.

2. O acesso ao serviço nacional de saúde é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, e aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.”

Tudo levava a crer que o Estado mobilizaria os recursos necessários para a prossecução desta concepção de prestação de cuidados, e de facto, durante o período que medeia entre a década de setenta e oitenta, verificou-se (Campos, 1983) redução da discriminação do acesso a cuidados de saúde em consequência da localização geográfica⁹⁰, com reflexos na saúde global da população, para os quais contribuíram igualmente a criação da carreira médica de clínica geral e de medicina familiar.

⁸⁹ Actualmente regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, alterado pelos Decretos-Lei n.º 77/96, de 18 de Junho, 53/98, de 11 de Março, 97/98, de 18 de Abril, 401/98, de 17 de Dezembro, 157/99, de 10 de Maio, 68/2000, de 26 de Abril, 185/2002, de 20 de Agosto, 223/2004, de 3 de Dezembro e mais recentemente pelo Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de Julho.

⁹⁰ A respeito da acessibilidade a serviços de saúde em Portugal, veja-se Santana (2005)..

C) De 1990 a 2003

No entanto, apesar dos ganhos obtidos até então (ver Quadro II), têm existido críticas (OPSS, 2003), entre as quais *i*) uma frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, *ii*) em estado de coexistência assumida entre financiamento público e “medicina convencionada”, marcada pela falta de transparência⁹¹, *iii*) dificuldades de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos.

Quadro II – Evolução de Indicadores de saúde entre 1970 e 1997

(adaptado de OPSS, 2001).

Indicadores de Saúde	1970	1997
Mortalidade Infantil (‰)	58,6	5,8
N.º de Internamentos (entradas)	618.664	1.142,9 25
N.º de Médicos inscritos	8.156	30.431
Partos hospitalares (%)	37,5	98,9
População residente	8.668,2 67	9.979,4 50

Simultaneamente àqueles factores, a regulamentação do sistema, bem como a sua implementação e consolidação foram difíceis, complexas, incompletas e morosas (Escoval, 2003), atendendo a que apenas em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), e em 1993 o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Destes diplomas resulta a separação entre sistema nacional de saúde e serviço nacional de saúde, o qual constitui ainda o núcleo central da prestação de cuidados no nosso país, em 2002, a maioria da população, cerca de 88% (Cabral, 2002) utilizava o SNS, e um incentivo à intervenção do sector privado prestador de cuidados, incluindo a previsão de seguros de saúde, Base XLII, da L.B.S., e artigo 24.º do Estatuto. Apesar desta opção, o SNS nunca esteve em sério risco de desaparecer (Simões, 2004) e os

⁹¹ Segundo Paulo Mendo, em entrevista ao Jornal Médico de Família, a prestação de cuidados de saúde em Portugal ressentia-se de uma “tensão permanente” entre prestação pública e privada, a que acresce a falta de transparência entre prestadores públicos e privados. De facto, até há poucos anos, a grande maioria dos prestadores privados encontrava-se simultaneamente, integrado numa unidade pública. In “A saúde antes de 1968”. Médico de Família, III: 72 (30 de Setembro de 2004) 8-10.

seguros alternativos de saúde apenas recentemente conheceram um movimento de crescente⁹².

É ainda durante a década de oitenta que surgem as primeiras barreiras no acesso a cuidados de saúde, seja por via da introdução de taxas moderadoras⁹³, seja pela redução da comparticipação do preço dos medicamentos pelo Estado. Verificou-se igualmente um crescimento do sector privado, nomeadamente no âmbito dos meios de diagnóstico e terapêutica (Escoval, 2003), a introdução da descentralização, com a criação das Administrações Regionais de Saúde, e a adopção de novas regras de gestão para os hospitais, com a aprovação do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro e do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro.

Entre 1995 e 2001, os constrangimentos financeiros e de acesso existentes desde o início do SNS mantinham-se, e a saúde segundo Correia de Campos, citado por Jorge Simões (2004), tornou-se um “sector profundamente desgastado na opinião pública portuguesa, onde os decisores políticos do sistema de saúde deixaram há muito de ser o Governo ou a Assembleia para serem os parceiros sociais, que o gasto sem controlo a todos favorecia”, defendendo a procura de soluções fora do modelo público vigente.

Durante este período, e em consequência da Carta de Ljubljana, a reforma dos sistemas de saúde centra-se na melhoria da saúde dos cidadãos, de que resultou em Portugal a publicação dos volumes “A saúde dos portugueses”, e “Saúde um compromisso” (Portugal. Ministério da Saúde, 1997 e 1999)⁹⁴. É ainda nesta fase que se assume a necessidade de proceder à separação entre financiador e prestador, e as Agências de Contratualização, a funcionar junto das ARS, iniciam o processo negocial de atribuição de recursos entre estas e as entidades prestadoras de cuidados, atendendo a critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efectividade.

⁹² Vide PORTUGAL. Comissão (2007).

⁹³ É interessante notar que na Lei n.º 56/79 (tacitamente revogada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), a introdução de taxas moderadoras visava a comparticipação dos utentes nos custos da prestação, como forma de evitar ou minorar os abusos excessivos e desnecessários, art. 7.º da.

⁹⁴ Veja-se ainda Portugal. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século: uma mudança centrada no cidadão: orientações para 1997. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 1997, e Portugal. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século: orientações para 1998. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 1998.

Durante o período da sua vigência, o SNS permitiu a obtenção de resultados, inquestionavelmente positivos⁹⁵, disso havendo reconhecimento internacional, e nacional em estudos que tiveram por base utilizadores dos serviços de saúde, públicos e privados (JUSTO, 2004), entre eles o realizado por Villaverde Cabral (2002), no qual a maioria da população considera que a cobertura oferecida pelos serviços públicos de saúde é satisfatória, tendo-se igualmente verificado ainda uma melhoria significativa dos meios disponíveis e a promoção da saúde e prevenção da doença ganharam nova visibilidade nas opções políticas estratégicas da saúde, o que se traduziu em ganhos de saúde, veja-se a título de exemplo os indicadores

Houve um esforço no que se refere à regulação⁹⁶ no sector, com a aprovação do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro e um incremento do papel dos privados como parceiros na prestação de cuidados, tendo-se procurado uma maior transparência e responsabilização através da implementação dos processos de contratualização.

Apesar de todos estes aspectos positivos, a verdade é que durante este período não houve uma coerência política (Simões, 2004), nem o SNS conseguiu alcançar a eficiência desejada. Os custos aumentaram, as ineficiências no acesso continuaram, com listas de espera significativas tanto para procedimentos cirúrgicos como para consultas de especialidades, a articulação entre os diferentes níveis de cuidados mostrou-se deficitária, e a gratuidade consagrada na versão inicial do artigo 64.º da CRP, foi substituída por uma gratuidade “tendencial”⁹⁷. Esta realidade, criou unanimidade em torno da necessidade de se proceder a uma reforma do sector da saúde, necessidade essa presente na expressão de Leonor Beleza, ao afirmar (Antunes, 2001) “sistema de saúde é de certo uma expressão muito lisonjeira quando aplicada à realidade portuguesa, já que pressupõe um nível de organização entre nós desconhecido”. Também segundo Lopes Martins (1999), estes aspectos, tornaram o SNS de difícil acesso e imerso em práticas ineficientes, que tornaram, na prática e no essencial, um sistema misto, num sistema monolítico, estático, estatizado, e desprovido de competição. Ou seja, um SNS aprisionado em regras “sagradas” estatizantes, imobilizado pelo estatuto quase

⁹⁵ Entre 1974 e 1980, verificou-se uma diminuição da mortalidade infantil de 37,9 por 1000 nados vivos para 24,3 em 198. Também na mortalidade perinatal verificamos uma redução de 32,2 mortes para 23,9 mortes por 1000 nascimentos, num aumento da esperança média de vida de 68,7 para 71,5 anos, de acordo com os dados apresentados pela OCDE em 2002.

⁹⁶ Sobre regulação na saúde veja-se Nunes (2005). Sobre regulação na generalidade veja-se Moreira, (1997); Moreira & Maças (2003) e, Marques & Moreira (2003).

⁹⁷ Veja-se OESS (1999, 2004 e 2007) e ainda OCDE (2004).

monopolista e monolítico em que o Estado é a um tempo regulador, financiador e prestador, é um SNS ineficiente.

1.2 A situação actual

A) Uma conjuntura de reforma

Portugal encontra-se num processo de reforma transversal a toda a Administração Pública⁹⁸. No que se refere ao sector da saúde⁹⁹, tal como em outros países, o sistema de saúde confronta-se com constrangimentos decorrentes entre outros, do aumento da procura de cuidados, da insuficiência dos recursos, do aumento dos custos associados à prestação.

A agenda da reforma em curso, encontra-se centrada na necessidade de obter e assegurar ganhos em saúde, e assenta em quatro eixos principais, a saber, o cidadão, os cuidados primários, a necessidade de implementar um planeamento estratégico no que respeita à gestão dos recursos disponíveis, e a necessidade de reduzir as despesas (Portugal. Governo, 2005).

No que se refere ao cidadão, a actuação rege-se pela necessidade de colocar o cidadão no centro do sistema prestador de cuidados de saúde, bem como pela necessidade de obter ganhos de saúde para a população.

Neste âmbito, o Plano Nacional de Saúde (PNS), surge como um importante instrumento estratégico no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença¹⁰⁰, com vista aos ganhos em saúde que se pretendem obter entre 2004 e 2010¹⁰¹.

⁹⁸ PRACE – Programa de Reestruturação da Administração central do Estado. Sobre este, veja-se documentação disponível no Portal do Governo, em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MF/Comunicacao/Programas_e_Dossiers/20060330_MEAI_Prog_Prace.htm

⁹⁹ Veja-se a este propósito o Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

¹⁰⁰ Neste contexto insere-se a adopção de medidas que visam actuar sobre os determinantes da saúde, nomeadamente tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto) álcool, alimentação cuidada, prática de exercício, bem como a adopção de planos nacionais (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os estilos de vida, Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Programa Nacional de luta contra as Doenças Reumáticas, Programa Nacional de Cuidados Paliativos), e outros em sede de doenças infecciosas, cardiovasculares, cancro, envelhecimento, acidentes de viação e outras, com vista à capacitação e responsabilização dos indivíduos. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/>.

Ainda no que se refere aos cidadãos, as reformas em curso visam melhorar a qualidade da assistência, combater as desigualdades em saúde e obter ganhos em eficiência, assegurando a universalidade e a diferenciação positiva quanto ao acesso.

B) Ênfase nos cuidados primários

Um segundo eixo, centra-se no reconhecimento da importância dos cuidados primários¹⁰². De facto, estes devem constituir o núcleo central do sistema prestador de cuidados de saúde, e são o primeiro ponto de contacto entre os cidadãos e os cuidados¹⁰³.

A sua importância decorre desta proximidade aos indivíduos, mas igualmente da função de *gatekeeper* que são chamados a desempenhar na articulação entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente no que se refere à referência para os cuidados hospitalares.

No âmbito dos cuidados primários, destacamos a aprovação do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que veio estabelecer o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), as quais visam a prestação de cuidados de saúde personalizados à população pertencente a uma determinada área geográfica, procurando garantir a acessibilidade, a globalidade e a continuidade desses mesmos cuidados (artigo 4.).

C) Planeamento Estratégico

Outra prioridade que se destaca no actual contexto, é a necessidade de implementar uma gestão estratégica dos recursos disponíveis, papel atribuído às Administrações Regionais de Saúde (ARS), de acordo com o texto do Decreto-Lei n.º

¹⁰¹ Disponível em www.dgs.pt O Plano Nacional de Saúde apresenta uma natureza integradora, procurando facilitar a coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector da Saúde, encarando-a em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização de todos os portugueses. O Plano Nacional de Saúde, como documento estratégico, cumpre um papel agregador e orientador daquilo que é mais importante implementar para promover “Mais Saúde para Todos” os portugueses. Agregador dos necessários debates sobre saúde, e orientador das actividades das instituições do Ministério da Saúde a nível nacional e nas regiões, e também da sociedade civil”.

¹⁰² Sobre Missão para os cuidados de saúde primários, veja-se www.mcsp.min-saude.pt/MCSP/

¹⁰³ A propósito da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), veja-se o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

222/2007, de 29 de Maio, nomeadamente no seu artigo 3.º, sob a epígrafe missão e atribuições.

O planeamento estratégico dos recursos disponíveis surge associado à implementação de um sistema de avaliação de desempenho, com base na definição de metas e de objectivos, e ao reordenamento dos serviços.

Concomitantemente, foi disponibilizada uma maior e mais completa informação sobre as diversas vertentes e componentes do sistema de saúde no Portal da Saúde¹⁰⁴.

D) Controlo das despesas

A quarta vertente, resulta da necessidade de controlar as despesas e equilibrar as contas públicas. Neste âmbito, foi nomeada uma Comissão para avaliar a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde¹⁰⁵, foram, tomadas medidas quanto aos custos e comparticipação de medicamentos¹⁰⁶, dinamizado o processo de financiamento com base na contratualização, e associado o seu cumprimento à avaliação do desempenho das administrações. Ainda no âmbito da redução das despesas, foi alterado o regime de remuneração das horas extraordinárias¹⁰⁷, procedeu-se à reestruturação de serviços, e foram estabelecidas novas parcerias público-privadas, com vista à separação dos papéis desempenhados pelo Estado no âmbito da prestação de cuidados.

¹⁰⁴ Disponível em www.portaldasaude.pt

¹⁰⁵ A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde foi criada pelo Despacho conjunto n.º 296/2006, de 30 de Março, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, disponível em www.dre.pt Relatório disponível em http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/6F976C8B-B306-41BD-98D6-BC7AE7FA870B/0/Rel_Sustentabilidade_Financiamento_SNS.pdf.

¹⁰⁶ Veja-se Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de Agosto, que republica o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do estado no preço dos medicamentos, e Portaria n.º 728/2006, de 24 de Julho. Veja-se ainda Portaria n.º 91/2006, de 27 de Janeiro, sobre apresentação de documento comprovativo aos pensionistas para integração no regime especial de comparticipação de medicamentos, e Despacho n.º 12589/2006 (2.ª série) do Secretário de Estado da Saúde.

¹⁰⁷ Sobre regimes remuneratórios, veja-se Decreto-Lei n.º 44/2007, de 23 de Fevereiro, e Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, alínea i) revogação do Decreto-Lei n.º 92/2001, de 23 de Março, relativo à remuneração dos médicos que trabalham em urgências hospitalares e em centros de saúde, substituindo-o por um regime remuneratório, incluindo trabalho extraordinário, semelhante ao estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio (regime remuneratório experimental), a aprovar até ao final de 2005.

A reforma em curso¹⁰⁸, segundo o Programa do Governo¹⁰⁹, assenta e procura assegurar princípios como a universalidade, equidade, efectividade, eficiência, qualidade, integridade, probidade, transparência e responsabilidade social, com vista à obtenção de ganhos de saúde e concretização do objectivo de alcançar mais saúde para todos.

1.3 Elementos de efectivação jurídica

A) Leis gerais

O ordenamento jurídico português considera o direito à protecção da saúde um direito fundamental, daí a previsão constitucional já abordada. Neste capítulo, vamos analisar o direito de acesso do nosso sistema de saúde na vertente normativa, dos requisitos de acesso e das eventuais limitações ao exercício deste direito.

Vimos anteriormente, que a CRP consagra no seu artigo 64.^{o110} o direito à protecção da saúde, o qual se consubstancia na faculdade que cada indivíduo tem de aceder a um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito.

Estas três características visam garantir que a totalidade da população tem acesso a todos os níveis de cuidados de saúde de que necessita, mediante o pagamento de uma taxa moderadora, atendendo às suas condições económicas e sociais, artigo 64.^o, n.º 2, alínea a). Para o presente trabalho, interessa-nos a característica da universalidade quanto aos destinatários.

Para além do artigo 64.^o, dois outros normativos explicitam e concretizam o conteúdo deste direito, o primeiro é a LBS, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na qual se definem os princípios da política de saúde decorrentes da norma do artigo 64.^o CRP, entre eles, o princípio da universalidade do acesso, constante do número 2 da Base I (princípios gerais), “O Estado promove e garante o acesso de todos

¹⁰⁸ Destacam-se ainda medidas como a requalificação dos serviços de urgência e a criação de uma rede de serviços de urgência hospitalar, a criação da rede nacional de cuidados continuados integrados (Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho), adopção do Programa nacional de cuidados paliativos (disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006587.pdf>), ou o encerramento de maternidades.

¹⁰⁹ Disponível em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Documentos/Doc_Programa_Governo_17.htm e www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Areas_de_Accao/Políticas_Sociais/Saude/.

¹¹⁰ Vide nota 50.

os cidadãos aos cuidados de saúde (...)", e da alínea b) do número 1 da Base II (política de saúde), "É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam (...)"

Do segundo normativo, constam as condições de efectivação deste direito, nomeadamente através do sistema de saúde, o qual, nos termos do número 1 da Base V, é constituído por um SNS universal quanto à população abrangida (alínea a) da Base XXIV, de forma a garantir a equidade no acesso dos utentes e a atenuar os efeitos das assimetrias económicas, geográficas e quaisquer outras que se verifiquem no acesso os cuidados.

A regulamentação da LBS efectivou-se com a posterior publicação em 1993 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, cujo escopo é "a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva", artigo 2.º.

Importa aqui ressaltar, que a consagração normativa do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, nos termos da legislação actualmente em vigor entre nós, impõe ao Estado a manutenção de um SNS, com as características de universalidade quanto aos beneficiários, compreensividade e integração quanto aos cuidados disponibilizados, que garanta equidade no acesso e tendencial gratuitidade para os utentes.

Ainda no que se refere aos beneficiários, o universo de indivíduos susceptíveis de acederem ao sistema de saúde não se reduz aos cidadãos, de acordo com o princípio geral da equiparação, vertido no artigo 15.º, n.º 1 da CRP, trata-se de um direito igualmente conferido aos estrangeiros e apátridas que se encontrem ou residam em Portugal¹¹¹.

Neste sentido, o Despacho do Ministro da Saúde n.º 25 360/2001, publicado em 12 de Dezembro¹¹², no qual é reconhecido o direito de acesso e a igualdade de tratamento tanto no que se refere aos cuidados de saúde como à assistência medicamentosa, bastando fazer prova de que se encontram em Portugal há mais de noventa dias, número 4.

¹¹¹ No que se refere a menores estrangeiros, residentes em Portugal, veja-se Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, disponível em www.dre.pt

¹¹² Disponível em <http://dre.pt/pdf2sdip/2001/12/286000000/2059720598.pdf>

Podemos concluir então, que no âmbito do sistema de saúde português, todos os cidadãos estrangeiros, independentemente da regularidade da sua situação, podem aceder ao SNS, ainda que, e atendendo à sua situação concreta, tenham de suportar os encargos decorrentes da prestação¹¹³.

B) A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS

Mais recentemente, foi aprovada pela Assembleia da República e publicada a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que se anexa. De acordo com o seu artigo 1.º, este diploma aprova os termos a que deve obedecer a redacção e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, abreviadamente designada por “Carta dos Direitos de Acesso”. Pela sua importância, justifica-se uma análise mais detalhada do conteúdo do diploma.

Com a aprovação deste diploma, a Assembleia da República procurou “garantir a prestação de cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente”, veja-se neste sentido o disposto no número 1 do artigo 2.º Para a prossecução deste objectivo, a Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos e reconhece o direito dos utentes à informação sobre esses tempos, nos termos do estatuído nas alíneas a) e b) do supra citado artigo 2.º.

No que se refere aos “tempos máximos de resposta garantidos”, estes serão definidos em cada entidade do SNS, por referência a uma tabela nacional, atendendo ao tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, nos termos do vertido no número 3 do artigo 3.º daquele normativo. Imporá ressaltar que estes tempos, se aplicarão, de acordo com o n.º 1 da aqui citada norma, a “todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatorio dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e cirurgia programada.”

Ainda no que concerne aos tempos de resposta garantidos, e evidenciando a importância do acesso no desempenho do SNS, *maxime* do sistema de saúde, a

¹¹³ No que se refere aos trabalhadores migrantes, veja-se o artigo 28.º da Convenção Internacional sobre a Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das suas Famílias, cujo texto se encontra disponível em <http://www.gdcd.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/emp-conv-oit-97.html>

obrigatoriedade de as entidades procederem anualmente à publicitação dos seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, e a inclusão destes mesmos tempos nos respectivos planos de actividades e contratos-programa, como resulta da parte final do número 3 do artigo 3.º do diploma em análise.

Em relação ao Direito à informação aos utentes, e à importância que lhe é reconhecida, a norma vertida no artigo 4.º impõe aos serviços seis obrigações essenciais: (a) afixar em locais de fácil acesso e consulta pelos utentes a informação actualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para as diversas prestações; (b) informar os utentes no acto da marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta para a prestação de que o mesmo necessita; (c) sempre que seja necessário accionar os mecanismos de referenciação entre estabelecimentos do SNS, os serviços ficam obrigados a informar o utente sobre os tempos máximos de resposta para lhe serem prestados os cuidados de que necessita no estabelecimento de referência; (d) sempre que a capacidade de resposta do SNS se encontre esgotada e se afigure necessário referenciar os utentes para estabelecimentos privados, os serviços ficam obrigados a disso informar o utente, em especial no que se refere aos tempos máximos de resposta previstos para a prestação necessitada; (e) manter disponível na sua página electrónica, informação actualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos, nas diferentes modalidades, e finalmente, (f) ficam os serviços obrigados a publicar e divulgar, até 31 de Março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre a situação do acesso aos cuidados disponibilizados.

Este relatório, servirá de base a auditorias aleatórias anuais, a serem realizadas pela Inspecção-Geral das Actividades da Saúde, como decorre do previsto na alínea f), *in fine*, do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, em análise, conjugado com o artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e ainda com o estatuído no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 275/2007, de 30 de Julho, o qual aprova a Lei Orgânica da Inspecção-Geral das Actividades de Saúde.

Importa ainda evidenciar a obrigatoriedade futura, vertida no artigo 7.º deste diploma, de o Ministério da Saúde apresentar à Assembleia da República, até 31 de Maio, um relatório sobre a situação do acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde no âmbito do SNS. Neste relatório deve ser contemplada uma avaliação crítica da aplicação deste novo regime no ano imediatamente anterior.

Este diploma entrou em vigor no dia 1 de Janeiro, estando a produção de efeitos dependente da aprovação dos contratos-programa para o ano de 2009, nos termos do estatuído no artigo 8.º do diploma em análise.

Uma última referencia para o reconhecimento, explanado no artigo 5.º, do direito conferido aos utentes, de apresentarem as suas reclamações junto da Entidade Reguladora da Saúde, entidade que analisaremos de seguida.

C) Entidade Reguladora da saúde

Importa nesta sede, referir o papel desempenhado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS). De acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, que cria a ERS, a necessidade de criação desta entidade, surgiu dos seguintes factores essenciais: (a) do acréscimo da participação de operadores privados e sociais nas redes nacionais de prestação de cuidados, sejam eles primários, hospitalares ou continuados; (b) da implementação de novos modelos de gestão de tipo empresarial nos hospitais públicos; (c) do aparecimento e implementação das “parcerias público-privadas”, e por último da (d) abertura dos centros de saúde a novas formas de gestão.

As medidas aqui enunciadas, implicariam que muitos serviços deixassem de estar sob “o comando administrativo do Estado” e passassem a actuar atendendo a novos factores de competição, os quais exigem a intervenção de uma entidade independente apta a corrigir eventuais desvios e efeitos indesejáveis, conforme preâmbulo do diploma citado.

Subjacente a esta lógica, e na esteira do preconizado na Carta de Ljubljana, a necessidade de proceder à separação das diferentes funções até aqui desempenhadas pelo Estado no âmbito da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que se referia às funções de regulação e supervisão, por confronto com as funções de operador e financiador, justificou a criação de uma entidade independente, susceptível de separar as funções enunciadas. Neste sentido, o Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, prevê no seu artigo 3.º, o objecto da ERS, como “a regulação, supervisão e acompanhamento, dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde”.

O elenco das atribuições daquela entidade, encontra-se descrito no artigo 6.º do diploma em análise, e abrange: *(a)* a defesa dos interesses dos utentes; *(b)* garantir a concorrência entre os prestadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes; *(c)* colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector; *(d)* desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas. A estas acresce a emissão de pareceres a pedido do Governo, nos termos do n.º 3 do mesmo preceito.

Como principal função da ERS, na opinião de Nunes (2005) e conforme decorre do texto vertido na norma constante do artigo 25.º do diploma que a cria, apresenta-se a obrigação de assegurar o acesso universal de todas as pessoas ao serviço público de saúde, bem como garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente no que se refere à qualidade e segurança dos cuidados prestados, como decorre do n.º 1 do supra citado artigo 6.º, numa concretização da garantia do direito subjacente à norma fundamental (artigo 64.º CRP). Daí que se encontrem sujeitos à sua regulação, nos termos do artigo 8.º, *(a)* todas as entidades, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, integrados ou não na rede de prestação de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica; *(b)* as entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções; *(c)* as entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a prática liberal; *(d)* as associações e entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, e que desenvolvam a sua actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo, e por fim, *(e)* os subsistemas de saúde, relativamente aos quais o diploma citado lhe confere poderes de regulamentação (artigo 26.º), supervisão (artigo 27.º) e poderes sancionatórios (artigo 28.º).

Uma outra atribuição no âmbito da defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes, e por isso pertinente no âmbito da temática em análise, decorre da competência reconhecida à ERS, no texto do número 4 do artigo 25.º do diploma criador, de propor critérios básicos relativos à “Carta dos direitos dos utentes” dos serviços de saúde, o que veio a acontecer, tendo estado a carta então elaborada disponível na página da ERS, documento este que, se nos afigura essencial, mas que actualmente se encontra indisponível.

Posteriormente à publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e já no âmbito da reforma em curso, surgem as Portarias n.º 310/2005, de 23 de Março e n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, as quais vêm regular a efectivação do dever de pagamento de contribuições e taxas, cuja cobrança se insere no conceito de supervisão, e através do qual se pretendeu suprir a questão do financiamento da ERS, nos termos do já previsto no artigo 54.º do Decreto-Lei citado, bem como estabelecer as regras do registo obrigatório.

Podemos concluir, no que respeita à presente investigação, que existem no âmbito do SNS instrumentos legais que visam garantir a efectivação do exercício do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde de todos os indivíduos, nomeadamente através da existência de uma entidade independente, a quem se encontram atribuídos poderes de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade de prestação de cuidados de saúde. No entanto, e da perspectiva da defesa dos legítimos interesses e direitos dos utentes, a sua actuação não parece ainda ter obtido a visibilidade inicialmente pretendida.

D) Outras condições

§ 1 Cartão de Utente

Analizados os normativos vigentes, detenhamo-nos nas condições de acesso. Vimos que podem aceder aos cuidados prestados no âmbito do SNS, todos os cidadãos nacionais e aqueles que se encontrem em situação regular, bem como os que possam fazer prova de que se encontram no nosso País por um período não inferior a noventa dias. Com excepção destes últimos, os restantes beneficiários do SNS, devem fazer-se acompanhar, no momento da utilização dos serviços de saúde, pelo Cartão de Utente do SNS, vulgo Cartão de Utente, e estar regularmente inscritos no centro de saúde da sua área de residência.

Foi o Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho¹¹⁴ que criou o cartão de utente do SNS, face à necessidade de unificar o sistema de identificação utilizado até então. Este documento, comprova a identidade do seu titular perante os serviços de saúde, devendo ser sempre apresentado no momento em que se acede a qualquer uma das prestações de

¹¹⁴ Veja-se Decretos-Lei n.º 48/97, de 27 de Fevereiro e 52/2000, de 7 de Abril.

cuidados disponibilizados pelo sistema de saúde¹¹⁵. No entanto, a não apresentação do mencionado documento, não poderá ser causa de discriminação ou recusa de tratamento¹¹⁶, nem a gratuitidade da prestação pode depender da apresentação do mencionado cartão. Veja-se neste sentido o vertido no Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 67/2007¹¹⁷, o qual veio declarar inconstitucional o preceito vertido no artigo 2.º, número 3 do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, uma vez interpretado no sentido de “obrigar ao pagamento dos serviços de saúde prestados apenas pelo facto de o utente não ter cumprido o ónus de demonstração de titularidade do cartão de utente no prazo de 10 dias subsequentes à interpelação para pagamento dos encargos” decorrentes da prestação.

Identificado o primeiro requisito de acesso, apresentação do cartão de utente, surge-nos uma segunda condição, o pagamento de taxas moderadoras¹¹⁸.

§ 2 Taxas Moderadoras

As taxas moderadoras, tanto são condição de acesso, como podem ser entendidas como uma limitação ao exercício do direito de acesso a cuidados de saúde.

Vimos anteriormente que com a Segunda Revisão Constitucional¹¹⁹, o SNS passou a ser tendencialmente gratuito atendendo às condições económicas e sociais dos cidadãos. Surgem então a necessidade de criar um instrumento que fosse moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados, e que simultaneamente garantisse o reforço efectivo do princípio da justiça social no âmbito do SNS. Isto mesmo decorria do artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

¹¹⁵ Sobre o processamento administrativo da requisição e emissão do cartão de utente, veja-se <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/apoio+ao+utente/secretaria+do+utente/secretaria+CS.htm>

¹¹⁶ Veja-se neste sentido o Parecer n.º 5/2000, da Comissão Nacional de Protecção de Dados, disponível para consulta em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2000/htm/par/par005-00.htm>, e preambulo do Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, “Esclarece-se que a não exibição do cartão não pode em circunstância alguma pôr em causa o direito à protecção na saúde constitucionalmente garantido, evitando que o problema burocrático ou administrativo da identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde impeça a realização das prestações de saúde”.

¹¹⁷ Disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20070067.html>.

¹¹⁸ Sobre taxas moderadoras veja-se Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto; Decretos-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto e 201/2007, de 24 de Maio, bem como Portarias 395-A/2007, de 30 de Março, e 1637/2007, de 31 de Dezembro.

¹¹⁹ Veja-se Magalhães, J. – Dicionário da Revisão Constitucional. Sintra Publicações Europa-América. 1989.

Resultava daquele normativo, que as taxas moderadoras se destinavam a racionalizar a utilização das prestações, e a fazer compartilhar os utentes no custo das prestações ou cuidados de saúde, de forma a evitar situações de abuso excessivo ou desnecessário.

Sobre a constitucionalidade da implementação das taxas moderadora veja-se o constante da secção Direito de acesso como direito fundamental.

§ 3 Listas de Espera

Para além das taxas moderadoras, também a existência de listas de espera pode ser entendida como um mecanismo de racionamento da procura (Barros, 2005)¹²⁰. Segundo este autor, as listas de espera existem especialmente em sistemas de saúde, onde, tal como o português, as contribuições decorrem dos impostos, os preços são praticamente nulos no momento da procura de cuidados e se verifica a necessidade de conter as despesas através da limitação da oferta.

Em Portugal, a questão das listas de espera, em especial as listas de espera cirúrgicas, é das mais significativas quando se trata da eficiência do sistema de saúde e do direito de acesso, até porque, a existência de listas de espera no sector público promove a procura de alternativas no sector prestador privado.

No caso concreto das especialidades cirúrgicas, e por estas representarem 2/3 das situações em espera (Barros, 2005), foram criados vários programas que tinham por escopo a recuperação das listas de espera¹²¹.

Assim, em 1995 foi criado o Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera (PERLE); Posteriormente surgiram o Programa de Promoção do Acesso, aprovado pela Lei n.º 27/99, de 3 de Maio¹²², o Programa Especial de Combate às Listas de Espera

¹²⁰ Neste mesmo sentido veja-se Justo, C- Acesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia. OPSS, 2003. [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em <http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e4ad73uizkntqo2pq5lq4znd247ljgmipeooqhqnmx6m3ecuu336lhdbkhnbdb6i355tkqgnqz5nxtf3yu6pljtj5rc/acesso+aos+cuidados+de+saude+-+o+caso+das+listas+de+espera+em+cirurgia.pdf>

¹²¹ De acordo com o Relatório da Primavera de 2007 (OPSS, 2007), até ao final do mês de Junho, existiam cerca de 257 mil pessoas em lista de espera cirúrgica.

¹²² Veja-se ainda o Decreto-Lei n.º 285/99, as Portarias 787/99, de 2 de Setembro, e 818/99, de 25 de Setembro, e os despachos n.º 50804/99 e 19138/99.

Cirúrgicas (PECLEC)¹²³ e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia(SIGIC), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79, 2004, de 24 de Junho.

Os programas apresentados, conseguiram aumentar a actividade desenvolvida no sector público, e uma maior participação do sector privado (Barros, 2005), como reacção à atribuição de incentivos financeiros (implícitos e explícitos) aos prestadores. No entanto, esta é uma questão complexa, em especial em contextos onde o factor preço não actua como factor de equilíbrio entre a oferta e a procura. Em Portugal, é uma questão que se mantém no centro da agenda de saúde e constitui, atendendo aos longos períodos de espera, um factor de limitação do direito de acesso a cuidados de saúde.

Assim, a questão das listas de espera, sejam cirúrgicas, ou para consultas de especialidades diversas, mantém-se e subjaz à aprovação da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto já aqui referidas.

2. O Acesso a Cuidados de Saúde num sistema de saúde “não universal”

2.1 Notas sobre a evolução da prestação de cuidados nos EUA

“We begin with a riddle. What country’s health care system offers the best health services in the world, is constantly criticized for not being accessible enough, and yet is so accessible that over utilization is leading to runaway costs?”

(Cannon & Tanner, 2005)

Os Estados Unidos da América surgem como paradigma de um sistema de saúde “não universal”, no qual o acesso a cuidados depende da subscrição de seguros de saúde privados, disponibilizados por entidades intermediárias e gestoras de cuidados,

¹²³ Veja-se Justo, C.–**PECLEC – o ponto da situação**. OPSS, 2003.[Consult. 15 Jan. 2007].Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Cidadao/Acesso+e+utilizacao+dos+cuidados+de+saude/peclec+o+ponto+da+situacao.htm>

designadas por *Managed Care Organizations (MCOs)*, a que Pitta Barros chama “saúde gerida” (Barros, 2005).

Historicamente¹²⁴, estas organizações terão surgido por volta de 1800, não com as características actuais, mas como cooperativas que visavam prestar cuidados de saúde aos trabalhadores dos caminhos-de-ferro, rurais e outros, através de planos de saúde pré-pagos.

Com este modelo de organização de cuidados, pretendiam-se atingir dois objectivos essenciais (Rivers & Tsai, 2001), controlar os custos crescentes associados à prestação de cuidados de saúde, garantindo em simultâneo, a qualidade da prestação. No entanto, como resulta da evolução da prestação de cuidados naquele País, que sintetizamos de seguida, o primeiro objectivo não foi conseguido. Para uma melhor compreensão, seguiremos a sistematização adoptada por Williams & Torrens (2002), que resumimos no quadro seguintes:

Quadro III - Evolução da prestação de cuidados nos Estados Unidos, de 1850 aos nossos dias (Adaptado de Williams & Torrens, 2002, tradução do autor)

	1850-1900	1900-1939/45	1939/45-1980	1980-200...
Principais preocupações	Infecções agudas relacionadas com as condições de vida (água, alimentação, habitação, etc)	Eventos agudos, trauma, infecções, perspectiva individual	Doenças crónicas (cardiovasculares e cancro, outras) e súbitas	Doenças crónicas do foro comportamental, associadas ao trabalho, ambiente e genéticas
Tecnologia disponível	Nenhuma	Início e rápido desenvolvimento das ciências médicas e tecnológicas	Crescimento acentuado da ciência médica e tecnológica no âmbito dos sistemas de saúde	Movimento crescente de desenvolvimento tecnológico e aumento exponencial dos custos da prestação de cuidados
Organização social	Nenhuma. Recursos próprios ou caridade	Primeiros esforços no sentido de serem prestados cuidados a quem não tinha condições de os receber por si	Desenvolvimento dos seguros de saúde como elemento central da prestação de cuidados de saúde	Aumento do poder das organizações que incorporam o sistema de saúde nacional, a par do aumento da influência dos sistemas financeiros governamentais (<i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i>)
Envolvimento dos indivíduos na sua saúde	Indivíduos cuidavam da sua saúde, envolvimento familiar	Início da disseminação pela população de alguns conhecimentos de saúde	Aumenta a consciência pública da saúde é um assunto político e social	População genericamente bem informada, frustração crescente face à complexidade e aos custos do sistema prestador de cuidados.

¹²⁴ Rivers, P; Tsai, K. (2001).

A) Primeiro período – De 1850 a 1900

Segundo os autores citados, e até ao aparecimento dos primeiros grandes hospitais, por volta de 1850, a prestação de cuidados era assegurada de forma individual e os serviços que existiam actuavam de forma autónoma e sem relação entre si. As primeiras instituições hospitalares, surgidas durante este período, permitiram que profissionais e meios disponíveis para diagnóstico e tratamento, se agrupassem, tendo então surgido os primeiros cuidados centralizados e coordenados. Neste sentido, Paul Starr, citado por Dranove (Dranove, 2002) entende que as primeiras formas de *MCOs* terão surgido neste período.

De acordo com aquele autor, foi por volta de 1890 que alguns médicos celebraram acordos com os sindicatos¹²⁵, no sentido de mediante o pagamento anual de um ou dois dólares por membro, o acesso à prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores inscritos passar a ser livre e ilimitado. Posteriormente este acesso será alargado aos familiares dos trabalhadores, o que se reflecte na diminuição da mortalidade, incluindo mortalidade infantil, mencionada por David Cutler, citando K. Doneland (Cutler, 2004).

B) Segundo período - De 1900 à Segunda Guerra Mundial

Durante este período, os acordos celebrados entre prestadores de cuidados e sindicatos ou entidades empregadoras ganham nova dimensão¹²⁶, nomeadamente com o aparecimento das chamadas *Blues* (*Blue Cross* e *Blue Shield Insurance*), através das quais se procurou tornar a prestação de cuidados de saúde mais acessível, através do agrupamento das contribuições dos segurados e da negociação do pagamento aos prestadores de cuidados de uma taxa com base nos serviços prestados. Segundo Dranove (2002), com estas organizações a prestação de cuidados passou a ser paga de

¹²⁵ As primeiras formas de seguros ou planos de saúde pré-pagos, destinavam-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde a imigrantes, trabalhadores dos caminhos-de-ferro, minas e trabalhadores rurais, pelo que inicialmente poucos médicos terão aderido a esta forma de prática médica. Para uma evolução das *Managed Care Organizations*, veja-se Kongstvedt (2003).

¹²⁶ Em Oklahoma, o Dr. M. Shadid vende participações para a construção do Community Hospital, em troca de cuidados hospitalares durante o resto da vida (DRANOVE, 2002), dando posteriormente origem ao *Farmer's Union Cooperative Association*. Também em Los Angeles, Washington e Oregon foram criadas entidades que prestavam cuidados a trabalhadores em troca de um apagamento fixo mensal (Dranove, 2002).

acordo com uma tabela de honorários, de forma a evitar pagamentos elevados pelos utilizadores de serviços de saúde no momento da procura de cuidados.

A adopção deste modelo, foi fortemente combatida pela *American Medical Association* (AMA), a qual entendia que o sistema de pré-pagamentos representava uma forma de “pagamento limitado para cuidados ilimitados”, tendo muitos hospitais recusado estas práticas que designavam por “*contract medicine*”.

Para além das *Blues*, foi igualmente neste período que surgiu em Los Angeles a primeira forma de organização gestora de cuidados, a qual resultou de um acordo entre a *Kaiser Industrial Organization* (antecessora da actual *Kaiser Foundation*), e o médico Sidney Garfield, e que mencionamos de forma breve, pela sua importância na história destas organizações.

De acordo com Dranove (2002), foi por volta dos anos trinta que a *Kaiser Industrial Organization*, celebrou com o médico S. Garfield, um acordo segundo o qual este asseguraria a prestação de cuidados de “medicina no trabalho”, mediante o pré-pagamento de um determinado montante diário por trabalhador, podendo estes cuidados ser alargados para outros não associados às funções desempenhadas, mediante o pagamento de uma quantia superior previamente acordada. Posteriormente, o acordo foi alterado, passando igualmente a abranger a medicina familiar.

Como consequência da participação na Segunda Guerra Mundial, e face ao aumento do número de trabalhadores, a *Kaiser Industrial Organization* construiu instalações hospitalares e disponibilizou cuidados médicos para cerca de duzentos mil funcionários, assegurando a prestação de cuidados através da contratação de grupos de prestadores pré-pagos. Após o final da guerra, e face à redução do número de trabalhadores, esta forma de seguro de saúde foi alargada para a restante população, dando origem ao *Kaiser Foundation Health Plan*, a qual é antes de mais uma companhia de seguros de saúde (Dranove, 2002). Resultando a actual designação de *Kaiser Permanente*¹²⁷, da parceria celebrada entre aquela entidade e o grupo de médicos (*Permanente Medical Group*), que assegurava a prestação de cuidados aos segurados em regime de exclusividade.

No que respeita ao acesso a cuidados de saúde, importa ainda mencionar o regime especial existente (e que se mantém) para todos aqueles que se alistaram durante

¹²⁷ www.kaiserpermanente.org

o período da guerra. Segundo Williams & Torrens (2002), aqueles que se encontravam a cumprir serviço militar disponham de acesso a cuidados de saúde de qualidade normalmente superior aos demais cuidados disponibilizados, sendo este entendido como um direito daquele grupo exclusivo de cidadãos.

No final da guerra, e face à aprovação do *Health Insurance Plan* em 1944, verificou-se um crescimento acentuado e generalizado dos seguros de saúde (Dranove, 2002; Williams & Torrens, 2002) por todo o País.

Uma ressalva final, apenas para mencionar as primeiras iniciativas federais de saúde pública, que surgiram neste período de forma limitada, e que se traduziram na adopção de programas de vacinação e de protecção da saúde infantil e materna (Williams & Torrens, 2002), especialmente vocacionadas para os mais carenciados¹²⁸.

C) Terceiro período – Da Segunda Guerra Mundial a 1980

Durante esta terceira fase o Governo inicia um programa de combate à pobreza¹²⁹, do qual resulta, no que respeita à prestação de cuidados de saúde, a criação dos sistemas de saúde para os mais carenciados, sistemas estes ainda hoje existentes, e que descreveremos adiante. No entanto, se por um lado se procurava facilitar e agilizar o acesso a cuidados de saúde, por outro, os custos associados à prestação tornavam-na inacessível para os indivíduos mais carenciados.

Das medidas apresentadas pelo Presidente Johnson no âmbito do seu programa de combate à pobreza, destacamos a aprovação do *Social Security Amendments of 1965*¹³⁰ no qual se criavam dois programas de assistência na saúde, o *Medicare* e *Medicaid*, financiados pelo Governo, e destinados a assegurar o acesso a cuidados dos mais idosos, no caso do primeiro, e o segundo (Engel, 2006) para os mais pobres, cegos

¹²⁸ Veja-se a este respeito, Scutfield & Keck (2002).

¹²⁹ Durante este período o Presidente Johnson adoptou uma série de iniciativas legislativas que ficaram conhecidos por “*War on Poverty*”. No seu discurso sobre o Estado da Nação, proferido em Janeiro de 1964, o Presidente L. Johnson, declarou a pobreza uma preocupação nacional, a qual urgia combater, através da adopção de um conjunto de medidas legislativas, nomeadamente na área da saúde (Engel, 2006; Williams & Torrens, 2002).

¹³⁰ Para consulta de documento e outros associados, vide http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/ssact-toc.htm.

e portadores de incapacidade¹³¹. Segundo este autor, tanto o *Medicare* como o *Medicaid*, que se inspiravam em experiências estaduais de natureza essencialmente caritativa, incluíam uma vasta lista de deduções, co-pagamentos, isenções, períodos máximos de internamento hospitalar. No entanto, ambos excluíaam os pagamentos decorrentes da prescrição de medicamentos.

A adopção destes programas introduzia uma alteração na sociedade norte-americana, ao reconhecer o direito à protecção da saúde como um direito em vez de um mero privilégio (Williams & Torrens, 2002), pelo que recebeu inúmeras críticas, em especial daqueles que viam na nova lei uma via para a transformação para um sistema de cobertura universal, entre os quais de incluíam segundo Engel (2006) os médicos e as administrações dos hospitais, especialmente relutantes no que se referia à assistência aos mais pobres.

Já durante a década de setenta, surgem três nomes, que irão desempenhar um papel fundamental no futuro da organização da prestação de cuidados no EUA. São eles, Alain Enthoven¹³², Harold Luft e Paul Ellwood, que em 1970, viria a utilizar pela primeira vez a designação *Health Maintenance Organization* (HMO)¹³³¹³⁴ ao referir-se ao *Kaiser Foundation Health Plan*, e a defender a adopção de uma estratégia nacional de “manutenção de saúde”, com vista à solução da crise decorrente dos custos associados à prestação de cuidados.

¹³¹ Já na década de 40 cerca de 82% dos americanos consideravam que alguma coisa deveria ser feita no sentido de tornar mais fácil os pagamentos associados à prestação de cuidados de saúde pelos indivíduos, sendo que 68% se mostrava favorável à ideia de uma cobertura social para essas mesmas prestações, pretensão presente na proposta apresentada pelo Presidente Truman (Blendon & Benson, 2001), a qual encontrou forte oposição entre a Associação Médica Norte-Americana (Williams & Torrens, 2002).

¹³² Para A. Enthoven, “*managed competition relies on a sponsor to structure and adjust the market for competing health plans, to establish equitable rules, create price- elastic demand and avoid uncompensated risk selection*”, in Enthoven (1993).

¹³³ As *Health Maintenance Organizations* (HMOs), ou Organizações de Manutenção de Saúde, são entidades que se inserem no âmbito da actividade de *Managed Care Organization*, ou gestão de cuidados.

¹³⁴ Veja-se Ellwood, P. et al (2003); Kongstvedt, 2003.

D) Quarto período: De 1980 aos nossos dias

Por volta de 1980¹³⁵ inicia-se aquela a que Williams & Torrens (2002) chamam a quarta fase. De acordo com estes autores, os primeiros anos deste período são caracterizados pelo aumento da influência das forças de mercado na configuração da prestação de cuidados de saúde, bem como pela necessidade de reorganizar o financiamento da prestação face ao aumento dos custos e às limitações dos recursos disponíveis, naquilo a que Cutler (2002) chama necessidade de priorizar¹³⁶. Verifica-se então um esforço, que se pode traduzir na expressão “*the emphasis has been on doing less for patients rather than more*” e que visava reduzir os tempos de internamento, simplificar o peso das estruturas, aumentar a eficiência e reduzir os custos, de forma a tornar estas organizações mais competitivas. Esta era a finalidade inicial das chamadas *Managed Care Organizations* (MCOs), como veremos de seguida.

Para além dos constrangimentos enumerados, a década de oitenta ficou ainda marcada pelo aumento significativo do número de MCOs existentes em todo o país, pelo aumento da sua influência, e pelo surgimento de um “mercado económico” da saúde, decorrente das pressões e modelos de prestação adoptados nesta altura pelo sector.

No que se refere às forças de mercado, entende A. Enthoven (2004), que estas seriam adequadas a incentivar a melhoria da qualidade e eficiência na prestação de cuidados. No entanto, o mercado da saúde não reúne as condições necessárias para que estas possam existir plenamente, nomeadamente no que se refere à informação detida pelos consumidores, à capacidade financeira de custear as despesas de saúde e à capacidade de escolha entre os prestadores presentes no mercado, pelo que o sistema de saúde norte-americano estava longe de constituir uma “economia”, e as ineficiências e falta de qualidade não poderiam apenas resultar da coexistência e acção das forças de mercado.

¹³⁵ Segundo Enthoven (1993), citando C. Weller, o sistema tradicional de pagamento de honorários era um sistema de “corporativismo de livre escolha”, onde as seguradoras tinham pouco capacidade de negociar com os prestadores, quanto aos honorários pagos, muitas vezes acordados entre os médicos e os segurados, aos serviços prestados, à qualidade, prescrição e outros.

¹³⁶ “*The importance of health is uncontroversial. But resources are limited, and so we need a way to prioritize. [...] Currently, we do not make these decisions in any systematic way. All medical treatments that improve health are approved for use, generally at the doctor’s discretion. As a result, we worry that we spend too much on medical care*”(CUTLER, 2002)

Para aquele autor, o mercado da saúde é fortemente marcado pela presença de elementos susceptíveis de falhas de mercado, como sejam a incerteza, os desafios morais, a selecção adversa, a assimetria de informação e as implicações éticas (Enthoven, 2004), os quais, a par da ausência de uma estratégia, inviabilizam no âmbito do sistema de saúde os benefícios decorrentes da competição (Enthoven, 1993).

2.2 A situação actual

“O sistema de saúde americano é um pesadelo de injustiça e de burocracia que beneficia poucos e está a criar uma ansiedade geral em todos, quase sem excepção, bastando ler notícias recentes publicadas nos jornais para se concluir que a crise está instalada e pronta a «explodir»”. (Faria, 2004)

A) Introdução Geral

Como veremos, nos Estados Unidos, o acesso a cuidados de saúde nunca foi universal, nem os cuidados foram ou são acessíveis a qualquer cidadão, apesar de, segundo Wojtczak (2002) serem os cuidados de saúde mais caros do mundo, e de estarem entre os melhores. No entanto, encontram-se apenas disponíveis para aqueles que podem subscrever seguros ou planos de saúde, ou para os que possuem seguros de saúde associados a um vínculo laboral. Actualmente, cerca de 43,6 milhões de americanos não possuem qualquer seguro ou protecção de saúde¹³⁷,

A actual crise do sistema prestador de cuidados norte-americano, mencionada por Faria (2004) no seu artigo “A crise do *corporate welfare* ou o alívio de ter um serviço nacional de saúde”, tem no seu centro a actividade das MCOs, as quais assentam historicamente a sua actividade na celebração de contratos de prestação de cuidados de

¹³⁷ Vide informação disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm>, e ainda U.S. Census Bureau (2007).

saúde (Mariner, 2004), contratos estes através dos quais procuram gerir o acesso a cuidados de saúde de modo a controlar os custos associados à prestação. No entanto, a sua finalidade ultrapassa grandemente a contenção dos custos. Neste mesmo sentido se pronuncia Fairfield (Fairfield, et al 1997)¹³⁸, e Ellwood, citado por Wojtczak (2000), ao sintetizar a evolução das actuais HMOs do seguinte modo:

*“Beyond cost control, HMOs were supposed to improve care, promote preventive medicine and unleash market forces, giving consumers the ability to shape their own health plans. It turns out to be wrong for consumers. The power is in the hands of purchasers – the large employers and Medicare, and they dictate what the system would look like. Too often, it looks like a contrivance that puts costs ahead of quality.”*¹³⁹

No presente, as MCOs não parecem ter conseguido cumprir os objectivos que se propunham (Miller & Luft, 2002), a saber: alteração dos processos associados à prática clínica, melhoria da qualidade da prestação, redução dos custos dos consumidores e dos prestadores, dando origem a um sentimento generalizado expresso na seguinte afirmação de Cannon & Tanner (2005), “*health care in the United States is not what it should be*”. E a diferença entre o que se esperava que fosse e aquilo que é, é muito significativa¹⁴⁰. De acordo com Herzlinger (2007), professora na *Harvard Business School*, o sistema norte-americano de saúde encontra-se no meio de uma guerra feroz, cujo preço é inimaginavelmente elevado, cerca de 2 triliões, e o resultado afectará a saúde e o bem-estar de centenas de milhares de pessoas. De acordo com esta Professora o confronto faz-se entre quatro grandes grupos, as seguradoras, os hospitais, o governo e os médicos. E estes últimos, aqueles que se encontram mais próximos dos utilizadores estão a perder a batalha.

Espelho desta situação, os números apresentados no *National Health Interview Survey, 2006* (Cohen & Martinez, 2007) relativos aos seguros de saúde, e de acordo com o qual, durante o ano de 2006, cerca de 43,6 milhões de pessoas de todas as idades

¹³⁸ Neste sentido afirma Fairfield, (Fairfield, et al 1997), que para além da procura de equilíbrio entre organizações pouco estruturadas e custos de prestação cada vez mais elevados, se verificou a necessidade de alargar o âmbito dos cuidados prestados, nomeadamente no que se refere à necessidade de assegurar a prestação de cuidados preventivos.

¹³⁹ Sublinhado nosso.

¹⁴⁰ Sobre a necessidade de proceder à reforma do sistema de saúde e qual o papel que dos Estados deve desempenhar, veja-se LaFrance (2007).

não possuíam qualquer seguro de saúde na data da realização do inquérito. Ainda durante aquele ano, 54.5 milhões de indivíduos tinha estado um período de tempo sem qualquer tipo de cobertura de saúde, e perto de 30,7 milhões de pessoas não possuíam seguro de saúde há mais de um ano no momento em que a entrevista foi realizada, situações que, segundo R. Pear (2007) se tem vindo a agravar desde 2000, num total de 6.8 milhões de indivíduos. Isto mesmo resulta demonstrado se analisarmos a evolução estimativa de “não-segurados”, posteriormente aprofundada.

Quadro IV - Evolução da estimativa de “não-segurados”

(Adaptado de CDC, 2003, 2005, 2006)

Ano	Sem seguro à data da entrevista	S/seguro por um período de tempo	S/seguro há mais de um ano
2003	42.3	52.0	27.7
2005	41.2	51.3	29.2
2006	43.6	54.5	30.7

Face a estes números e a um descontentamento por parte dos profissionais de saúde e da maioria¹⁴¹ dos cidadãos, que se tem traduzido no aumento de acções judiciais intentadas contra as entidades prestadoras de cuidados, as designadas *class actions*¹⁴², e na generalização do sentimento de que o sistema de saúde vigente fracassou (veja-se o artigo assinado por R. Doyle¹⁴³) o Presidente G. Bush propôs no discurso da nação de 31 de Janeiro de 2006 a criação de um plano governamental susceptível de tornar a prestação de cuidados de saúde mais económica, transparente e eficaz¹⁴⁴, iniciativa que reforçou em Janeiro de 2007, ao apresenta duas novas propostas: incentivos fiscais para

¹⁴¹ Vide os artigos de P. Krigman (2005a), no qual o autor refere a urgência de pensar o sistema de saúde face à situação de crise e aos custos elevadíssimos, e (2005b), no qual refere os custos elevados face à situação dos não-segurados, concluindo que possivelmente “*we would be much better off under a system of universal coverage*”.

¹⁴² Veja-se Havighurst (2001).

¹⁴³ Segundo Doyle (2004), a prestação de cuidados nos Estados Unidos está a piorar. A par de melhorias significativas na qualidade dos tratamentos, verifica-se um declínio do acesso a esses mesmos tratamentos, sendo o principal problema o programa Medicaid. O Aumento crescente dos custos da prestação de cuidados, nos quais se incluem os custos com as prescrições, têm contribuído para a difícil situação fiscal dos diferentes Estados, que se vêm obrigados a assegurar cuidados a um número cada vez maior de indivíduos sem segura de saúde.

¹⁴⁴ <http://www.whitehouse.gov/stateoftheunion/2006/>

os seguros de saúde, e apoio financeiro para os Estados que disponibilizem um conjunto de serviços básicos de saúde para as suas populações¹⁴⁵.

A adopção destas medidas levou a que em alguns Estados¹⁴⁶, nomeadamente no Massachusetts¹⁴⁷, fossem aprovadas medidas com vista a assegurar uma cobertura quase universal de cuidados de saúde (Portugal. Comissão, 2007), colocando a questão da cobertura universal no centro da actual discussão sobre o sistema de saúde (Rosoff, 2007a)¹⁴⁸.

A reforma em curso no Estado do Massachusetts pretende assegurar a prestação de cuidado de saúde a cerca de 515.000 indivíduos que actualmente não dispõem de qualquer cobertura de saúde. A principal medida resulta da aprovação do *National Health Law Team*¹⁴⁹, de 2006 que obriga, com efeitos desde 1 de Julho de 2007, todos os residentes no estado a terem uma qualquer forma de seguro de saúde. Para os mais novos e saudáveis, foram aprovados benefícios fiscais associados a seguros com valores mais baixos. No que respeita aos especialmente carenciados, serão incluídos em programas de cobertura gratuita (*Medicaid*), num primeiro esforço de cobertura universal¹⁵⁰.

As actuais circunstâncias do sistema de saúde norte-americano, seja pelos graves problemas de financiamento e de acesso¹⁵¹, seja pelas experiências em curso em alguns Estados, conferem à discussão sobre a sua manutenção e sustentabilidade um carácter

¹⁴⁵ <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2007/01/20070123-2.html>.

¹⁴⁶ No que respeita ao Estado de Indiana, veja-se Kiney, et al (1999) e *The Health Care Choice Act of 2005*, disponível em <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d109:h.r.02355>:

¹⁴⁷ Sobre a reforma iniciada neste Estado, veja-se Hager (2007) Segundo a qual, a reforma em curso introduz a noção de responsabilidade partilhada, e consubstancia, pela primeira vez, um consenso e um compromisso comum entre todos os envolvidos, no sentido de todos se encontrarem abrangidos por uma mesma lei, necessária para a prossecução de um bem comum, a saúde.

¹⁴⁸ Neste sentido, também os Relatórios da OMS relativos aos anos de 2000, 2004 e 2005, nos quais esta entidade defende a implementação de sistemas de cobertura universal como aqueles que melhor contribuem para a prossecução dos objectivos propostos, melhorar a saúde e reduzir as desigualdades, nomeadamente financeiras, ao acesso.

¹⁴⁹ Vide <http://www.mass.gov/legis/laws/mgl/gl-175-toc.htm>

¹⁵⁰ Sobre as reformas do sistema de saúde, Light (1997), apresentava já em 1997 uma comparação entre o caso norte-americano e algumas das medidas introduzidas no NHS inglês.

¹⁵¹ Face à gravidade da situação dos não segurados, um número crescente de americanos mostra-se favorável à implementação de um sistema em que os seguros de saúde fossem assegurados pelo Governos federal (Toner & Elder, 2007).

transversal, e colocam-na “na ordem do dia” na campanha presidencial em curso¹⁵², como preconizava A. Enthoven em 2004, ao afirmar: “*what is becoming most likely is that the winning candidate in 2008 will make “Medicare for All” a foundation of his or her platform*”.

Este será sem dúvida um momento marcante na história da prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos, a necessidade urgente de encontrar soluções para os actuais problemas, leva muitos a defenderem a implementação de um sistema de cobertura universal à semelhança do que sucede na Europa, enquanto que para alguns, o sistema de *managed care*, “veio para ficar”¹⁵³.

No entanto, e no que se refere ao acesso a cuidados de saúde, a gravidade da situação daqueles que não possuem cobertura de saúde, tem colocado inúmeras questões, éticas, financeiras e sociais, como veremos de seguida, depois de analisarmos alguns dos planos de saúde existentes.

B) O Acesso a Cuidados de Saúde nos EUA - Os “planos de saúde”

“The great myth of American health care is that “Americans don’t ration health care.” The truth is that Americans ration medical care all the time: by price, by insurance coverage, by geography, and even by race and ethnicity. But because as a culture we want to believe that we put such a high value on health and autonomy, we cannot admit that we ration even to ourselves. Even those who know how the system works call it “quiet” or “silent” rationing.”

Annas, G. (2007)

¹⁵² Sobre as propostas dos candidatos, veja-se <http://www.barackobama.com/issues/healthcare/#lower-costs>; <http://www.hillaryclinton.com/feature/healthcareplan/americanhealthchoicesplan.pdf>, <http://www.johnmccain.com/Informing/Issues/19ba2f1c-c03f-4ac2-8cd5-5cf2edb527cf.htm>

¹⁵³ Vide Fuchs (2002).

§ 1 Introdução geral

Como vimos anteriormente, também nos Estados Unidos, o momento é de reforma¹⁵⁴. Os elevados custos associados à prestação de cuidados e o número crescente de indivíduos sem acesso a cuidados de saúde, são os dois principais aspectos em que se funda a actual discussão.

No entanto, e como refere Mariner (2007), a questão coloca-se igualmente ao nível dos direitos, defendendo alguns como Paul O'Neill (Mariner, 2007), que a prestação de cuidados de saúde deveria ser considerada um direito¹⁵⁵.

No que se refere ao acesso a cuidados de saúde, sendo certo que este direito é reconhecido pelos normativos internacionais, e previsto nas constituições de muitos países, o mesmo não sucede nos Estados Unidos. De facto (Quadagno, 2005), todos os países industrializados possuem sistemas de saúde que garantem a todos os cidadãos cuidados compreensivos de saúde para um conjunto essencial de serviços de saúde. Nestes casos, a racionalização de cuidados faz-se atendendo a critérios clínicos e não à capacidade de pagar. Sucedem que no sistema norte-americano, a maioria dos indivíduos não tem capacidade financeira para custear as despesas decorrentes da prestação de cuidados de saúde (Mariner, 2007), sendo neste âmbito que surgem os seguros de saúde, como forma de garantir o acesso.

A relação estabelecida entre os indivíduos, os prestadores e as entidades seguradoras e gestoras de cuidados, apresenta uma natureza marcadamente comercial¹⁵⁶, mesmo quando estamos na presença de entidades sem fins lucrativos, assumindo os segurados o papel de consumidores ou de utilizadores de cuidados, conforme a situação concreta em que se encontram¹⁵⁷. Esta situação potencialmente geradora de tensões, não é na opinião de Mariner (1998), necessariamente incompatível, antes se afigura necessária para o equilíbrio do mercado da saúde, nomeadamente no que se refere aos direitos daqueles que possuem qualquer uma das formas de protecção de saúde.

¹⁵⁴ Neste mesmo sentido a conferência apresentada por Rosoff (2007).

¹⁵⁵ Também Kinney (on publishing).

¹⁵⁶ Veja-se Mariner (1995).

¹⁵⁷ Sobre a problemática dos contratos na prestação de cuidados de saúde, veja-se Mariner (2004 e 1998).

Nestes termos, entendemos ser necessário proceder à identificação das diferentes entidades detentoras do acesso a cuidados de saúde, o que não se afigura fácil atendendo à grande variedade de entidades existentes por todo o País, naquilo a que (Shi & Singh, 2004) chamam “*patchwork*” de sistemas, e que A. Rosoff (2007) sistematiza da seguinte forma:

Quadro V: Resumo das principais formas de protecção de saúde verificadas
(Adaptado de Rosoff, 2007, tradução do autor)

- Subscrição de seguros privados de saúde (apenas uma pequena parte da população)
- Seguros privados de saúde associados a uma situação de emprego (grande maioria da população coberta)
- Medicare (de natureza federal, destina-se a indivíduos com mais de 65 anos e incapacitados)
- Medicaid (natureza federal e estadual, destina-se a assegurar cuidados de saúde aos mais pobres ou quase-pobres)
- Veterans Affairs (protecção para militares e seus familiares)
- Programas de natureza estadual, que visam diminuir o número de indivíduos sem acesso a cuidados de saúde ao abrigo das outras opções apresentadas
- The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), de 1986, que veio obrigar os prestadores de cuidados associados a programa s de Medicare a assegurarem a prestação sempre que se trate de uma situação de emergência¹⁵⁸

Sendo que para o presente trabalho nos interessam em especial, as situações mencionadas nos quatro primeiros grupos, seguimos a sugestão apresentada por Paula Lobato de Faria no artigo citado anteriormente, e consultámos o site da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹⁵⁹, procurámos a opção *Choosing and Using a Health Plan*¹⁶⁰, onde a primeira informação que nos é facultada nos indica que “escolher um plano de saúde não é tão fácil como anteriormente” e que apesar de não existir um plano ou seguro de saúde que seja melhor que os outros, a verdade é que poderão existir alguns mais adequados face à situação concreta de quem pretende subscrever.

As principais diferenças entre estes produtos, residem nos montantes suportados pelos indivíduos, bem como nos serviços abrangidos e facilidades de acesso. No entanto, nenhum plano ou seguro de saúde cobre todos os custos associados à prestação de cuidados, e quase todos visam reduzir os custos decorrentes do uso excessivo ou desnecessário.

¹⁵⁸ Para consulta <http://www.cms.hhs.gov/EMTALA/>.

¹⁵⁹ Disponível em <http://www.ahrq.gov/>

¹⁶⁰ Importa neste momento, fazer uma ressalva, para além dos sistemas que abordamos neste capítulo,

Importa ainda referir que a grande maioria dos seguros ou planos de saúde se encontra associada à situação de emprego, pelo que apenas raramente terão os indivíduos de optar *per si*, pela cobertura que melhor se adequa à sua situação pessoal e familiar (Faria).

A primeira distinção que encontramos é entre planos de saúde de natureza indemnizatória ou planos que asseguram assistência médica pré-paga. Em ambos os casos, há lugar ao pagamento de um montante mensal destinado a suportar a cobertura do seguro de saúde. Os primeiros (indemnizatórios) disponibilizam uma maior variedade de prestadores, sendo que o pagamento dos custos da prestação faz-se mediante apresentação de factura. Já o mesmo não sucede nos planos ou seguros de saúde de assistência médica pré-paga. Segundo a informação disponibilizada, estes centram a actividade prestadora de cuidados num conjunto predeterminado de prestadores, com os quais são celebrados acordos prévios, destinados a assegurar a prestação de cuidados a preços mais reduzidos para os seus subscritores. No entanto, as regras da concorrência e de mercado, tornaram as diferenças existentes entre estes sistemas menos claras, face à necessidade de atrair cada vez mais segurados.

A actividade das MCOs, como veremos, inclui-se entre os planos de saúde pré-pagos, o que segundo Relman (2007), lhes permite exercer alguma forma de controlo sobre a quantidade e qualidade dos serviços recebidos pelos seus beneficiários.

Vejamos de seguida, as principais características de cada um dos planos ou seguros de saúde inseridos nas MCOs, e quais as suas principais características. Procuraremos igualmente descrever os sistemas de *Medicare* e de *Medicaid*, por serem aqueles que de alguma forma apresentam uma natureza mais próxima da “universalidade”.

§ 2. Tipologia de *Managed Care Plans*¹⁶¹

Entre os planos ou seguros de saúde existentes no âmbito das chamadas *MCOs*, e das companhias de seguros, destacam-se duas formas, as *Preferred Provider Organizations* (PPOs), e as *Health Maintenance Organizations* (HMOs), que descrevemos inicialmente.

¹⁶¹Veja-se *American's Health Insurance Plans*, disponível em <http://www.hiaa.org/content/default.aspx?bc=31|42|55>

a) *Preferred provider Organizations*

As *Preferred Provider Organizations* (PPOs), surgiram segundo Dranove (2002) em Los Angeles, na década de setenta¹⁶², e assentam a sua actividade em contratos de prestação de cuidados de saúde, celebrados entre prestadores de cuidados e compradores de serviços de saúde, através dos quais os primeiros se comprometem a assegurar a prestação de cuidados a um grupo determinado de indivíduos mediante o pagamento de uma taxa de serviço de valor mais baixo que o normalmente praticado (Williams & Torrens, 2002).

Ao subscreverem os planos de saúde afectos a estas organizações, e no que se refere à escolha dos prestadores de cuidados (individualmente ou em grupos), os subscritores podem optar por recorrer a um prestador que se encontre incluído na lista de prestadores da entidade, solução esta que será mais benéfica para os indivíduos (que em algumas situações podem mesmo não ter de suportar qualquer custo directamente associado à prestação de cuidados), para os profissionais e também para as entidades gestoras de cuidados.

Os subscritores destes planos de saúde podem ainda recorrer a um prestador de cuidados “fora da rede”. Nestas situações, o segurando assume o pagamento da diferença dos custos, bem como o pagamento de um co-seguro quando a prestação de cuidados implique custos mais elevados. Contrariamente a outras formas, (Casey, 2007) os PPOs admitem esta opção, a qual apenas dependerá da capacidade de financiamento dos indivíduos, atendendo a que esta liberdade onera a prestação. De acordo com Dranove (2002), para muitos americanos esta é a forma menos intrusiva de plano de saúde.

Os planos de saúde PPOs caracterizam-se, face a outras entidades, por: (a) disporem de um número limitado de prestadores e de hospitais, (b) negociarem tabelas de honorários (c), apresentarem reduzidos custos de “despesas-de-bolso” para os segurados que optem por recorrer aos prestadores inseridos na rede, (d) disporem de um sistema de regularização das queixas mais expediente.

No que respeita ao controlo dos custos, e em especial no que se refere aos cuidados hospitalares, o acesso a estes é precedido de uma avaliação e certificação

¹⁶² Segundo este autor, a expressão *Preferred Provider Organizations* (PPOs) foi utilizada pela primeira vez por Linda Ellwein, participante no think tank organizado por Paul Ellwood.

prévias, a que acresce a contratação de profissionais a custos mais baixos, e o estabelecimento de um sistema de reembolsos e incentivos que visam diminuir o consumo de cuidados, em especial quando os segurados recorrem a profissionais fora da rede de prestadores.

b) *Health Maintenance Organizations*

O segundo grande grupo é representado pelas *Health Maintenance Organizations* (HMOs). Já mencionámos anteriormente, que a designação foi pela primeira vez usada por Ellwood, em referência ao sistema de planos de saúde disponibilizado pela actual *Kaiser Permenanente Foundation*.

As HMOs surgem, na opinião de Dranove (2002), como agentes no processo de tomada de decisão médica, influenciando os prestadores de cuidados no sentido de promover e rentabilizar o tratamento em regime de ambulatório e reduzir os tempos de internamento, nomeadamente facilitando a prestação de cuidados domiciliários. No entanto, a forma de controlo de custos que maior controvérsia suscita são os incentivos financeiros atribuídos e a recusa de prestação de cuidados, com o intuito de orientar os segurados para determinados prestadores.

No âmbito das HMOs, a celebração de contratos implica exclusividade, tanto por parte dos prestadores, que se comprometem mediante o pagamento de uma taxa fixa por doente, a assumir a total responsabilidade pela prestação de cuidados a um grupo predeterminado de segurados, os quais, por sua vez, se obrigam a recorrer àquele grupo de prestadores sempre que necessitem de algum tipo de cuidado de saúde (Williams & Torrens, 2002), daqui resultando um sistema mais formal do que o existente no âmbito dos PPOs.

Uma outra diferença entre as duas realidades decorre da forma de pagamento, que no que respeita às HMOs, se faz de acordo numa base *per capita*, que apresenta vantagens nomeadamente no que respeita ao controlo dos custos, e isto, porque independentemente dos cuidados que sejam necessários, o plano de saúde não será onerado com custos adicionais. No que se refere aos prestadores de cuidados, estes contratos permitem um planeamento e uma estabilidade financeira que os pagamentos com base nos serviços prestados não garantem.

Já no que respeita aos subscritores do plano de saúde, estes sabem que uma vez pago o prémio mensal, não terão de proceder a co-pagamentos de cuidados, ou quando tal aconteça os montantes serão muito reduzidos.

Quanto aos prestadores de cuidados, no âmbito das HMOs, as formas de participação são essencialmente três, *independent practice associations* (IPA), grupos de profissionais e o “modelo de staff”.

No primeiro caso, as entidades gestoras contratam grupos independentes de médicos (organizações, ou associações) que se comprometem a assegurar a prestação de cuidados a uma determinada população com base num pagamento fixo, o que não sucede no âmbito dos PPOs, onde os prestadores de cuidados podem aderir individualmente à rede.

No âmbito das HMOs, grupos de profissionais podem contratar com os planos de saúde, a prestação de cuidados, caracterizando-se esta forma de contratação por a iniciativa de adesão ao grupo partir dos profissionais, e distingue-se das IPAs, segundo Williams & Torrens (2002) uma vez que os prestadores se encontram centralizados.

O último modelo, ou *staff model*, verifica-se sempre que um prestador de cuidados celebra com a entidade um contrato de trabalho, tornando-se mais um membro assalariado.

Quanto aos cuidados prestados no âmbito das HMOs, estes são mais variados que os disponibilizados entre os PPOs, uma vez que incluem cuidados de prevenção e cuidados primários, decorrentes da responsabilização do prestador pela supervisão de todos os cuidados necessitados pelos indivíduos abrangidos no contrato celebrado. Veja-se no âmbito dos cuidados primários, onde o médico é notificado da inclusão na sua lista de doentes, de determinado indivíduo (Williams & Torrens, 2002), momento a partir do qual as suas contrapartidas financeiras dependem da capacidade de proporcionar aos seus doentes o melhor estado de saúde possível, sendo responsável pelo que lhe possa acontecer em termos médicos, daí o desenvolvimento dos cuidados de prevenção e de promoção. Desta forma, o médico actuará face à sua lista de doentes como um gestor do seu percurso de saúde, ao qual se encontram atribuídas funções de referência ou *gatekeeper*, para os outros níveis de cuidados.

Uma das diferenças já mencionadas anteriormente entre as PPOs e as HMOs, reside na limitação de recorrer a prestadores fora da rede, permitida no âmbito das

primeiras organizações. Como consequência, nos últimos anos, as HMOs têm vindo a introduzir alguma liberdade de escolha dos prestadores, através dos planos de saúde “*point-of-service*”, os quais, possuem natureza indemnizatória, tal como sucede nos planos de saúde PPOs. Também neste âmbito, é necessária referenciação, e há lugar ao pagamento por parte dos utilizadores.

c) *Fee-for-service*

Entre os planos de saúde, importa ainda mencionar a modalidade “*fee-for-service*”, que se inclui entre os planos de natureza indemnizatória, sendo a que apresenta custos mais elevados (Faria, 2004). Nesta modalidade, o contrato é celebrado entre a entidade e os subscritores dos planos de saúde, acordando o pagamento de um montante previamente pago, ao qual serão deduzidas as posteriores despesas decorrentes da prestação de cuidados, mediante envio de comprovativo da despesa realizada, assegurando os planos de saúde o custo de cerca de 80% da despesas, atendendo a um preço de referência. Os custos com cuidados de prevenção não se encontram habitualmente contemplados.

A principal vantagem deste modelo de plano de saúde resulta da capacidade de escolha que é atribuída aos subscritores no momento da escolha dos prestadores de cuidados.

Considerados os principais planos de saúde e as suas características, entendemos ainda ser oportuno analisar outros dois modelos de protecção da saúde, os quais visam garantir o acesso a cuidados de saúde de grupos especialmente fragilizados da população. Estes modelos *Medicare* e *Medicaid*, surgem como resposta a necessidades urgentes de protecção de saúde, no âmbito da política de combate à pobreza do Presidente Johnson.

d) *Medicare*

O modelo *Medicare*¹⁶³ é o principal modelo de seguro social de saúde (Williams & Torrens, 2002), destinado a indivíduos com sessenta e cinco ou mais anos, ou portadores de alguma incapacidade que sejam elegíveis para beneficiarem de seguros sociais, e a portadores de doença renal em estado avançado.

¹⁶³ Para os sistema de *Medicare*, veja-se <http://www.ssa.gov/multilanguage/Portuguese/10043-PE.pdf>, e Cassel (2007) para um exemplo prático de comparação dos planos de saúde.

Entre os indivíduos com mais de sessenta e cinco anos, e de acordo com a informação disponível nos sites da AHRQ e da *Social Security Administration*, podem auferir de protecção no âmbito deste sistema, aqueles: (i) que sejam elegíveis para se candidatarem a algum seguros social, (ii) os que receberem benefícios de aposentação, (iii) aqueles que exerceram (ou cônjuge ou filhos) funções governamentais cujos impostos tenham revertido para este sistema.

No que se refere aos indivíduos portadores de incapacidade, podem beneficiar deste regime aqueles que se encontrem em condições de auferir uma pensão de incapacidade ou que preencham os requisitos do programa de incapacidade do seguro social.

O último grupo elegível é constituído pelos portadores da doença de Lou Gehrig, e os doentes renais com necessidade de diálise ou transplante.

Os seguros de saúde integrados neste modelo, abrangem quatro partes distintas, normalmente designadas por *Part A*, *B*, *C* e *D*, que enunciamos de seguida. Cerca de 99,9% da população, na opinião de Williams & Torrens (2002), beneficiam da protecção conferida pela *Part A*, ou seja, de um seguro de assistência hospitalar e pós-hospitalar, que cobre despesas de internamento hospitalar até noventa dias, a que acrescem mais seis dias após aqueles, cem dias de cuidados após hospitalização e cuidados domiciliários.

A *Part B*, abrange um seguro de assistência médica, inspirado no modelo das *Blues*, anteriormente citadas, assegurando a cobertura de cerca de 80% dos serviços médicos, tanto em meio hospitalar como em consultórios. Inclui ainda custos com meios laboratoriais, mas não abrange meios complementares em sede de prevenção ou exames de rotina, nem despesas com medicamentos ou equipamentos médicos (Cassel, 2007).

A chamada *Part C*, incorpora os planos de saúde *Medicare + Choice*, os quais abrangem dias de hospitalização para além dos considerados pela *Part A*, envolvendo a participação de PPOs.

A última parte (*Part D*), que abrange a cobertura de despesas decorrentes de prescrição médica, pode ter como beneficiários todos aqueles que possuam um dos planos previstos nas partes anteriores, sendo opcional e implicando o pagamento de uma quantia mensal adicional.

Uma última ressalva, excepcionalmente podem ser admitidos, a título de inscrição especial, os viúvos incapacitados entre os 50 e os 65 anos, os empregados governamentais incapacitados antes dos 65 anos, se o cônjuge ou filho dependente sofre de insuficiência renal permanente, se teve ou cancelou assistência médica *Medicare* anterior.

e) *Medicaid*

O último plano de saúde, igualmente inserido no âmbito dos seguros sociais de saúde, designa-se por *Medicaid*¹⁶⁴. Contrariamente ao que sucede no caso do *Medicare*, este plano de saúde é federal¹⁶⁵, ainda que administrado pelos Estado, sendo as condições variáveis de Estado para Estado, apesar do financiamento ser misto, o que não sucede nos planos *Medicare*, financiados através dos descontos para a segurança social.

Segundo Dranove (2002), este destina-se aos “*categorically needy*” ou como explicita o autor, aos “*disable, families with dependent children, the blind and the aged*”, aos quais é assegurado um conjunto básico de serviços médicos, nos quais de se incluem cuidados, hospitalares, mas também cuidados médicos e de enfermagem no domicílio.

Desta forma, este seguro de saúde destina-se a grupos específicos da população, caracterizados pelos seus baixos recursos, abrangendo igualmente crianças, grávidas e portadores de algumas incapacidades (cegos, incapacitados, idosos e outros), que não possuem meios necessários para pagar os prémios de seguro *Medicare*, bem como outras despesas médicas, e que são elegíveis para atribuição de seguro social (*needy people*). Nestes casos, a elegibilidade resulta da combinação de uma situação de pobreza com a condição concreta dos indivíduos¹⁶⁶.

A principal diferença do sistema de *Medicare* resulta do facto de a cobertura prestada decorre dos rendimentos, podendo abranger a totalidade das despesas ou apenas uma parte.

¹⁶⁴ Sobre *Medicaid* veja-se <http://www.socialsecurity.gov/disabilityresearch/wi/medicaid.htm>.

¹⁶⁵ A sua criação remonta a 1965, surgindo integrado num plano mais abrangente de combate à pobreza.

¹⁶⁶ Veja-se <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidEligibility/> para uma súmula das condições de elegibilidade e cobertura.

§ 3 Os “não-segurados”

“America’s health care system is unraveling. Every day, millions of hard-working people struggle to find affordable medical treatment for themselves and their families – unable to pay for prescription drugs and regular checkups, let alone hospital visits. Some of this people end up losing money. Others end up losing something even more valuable: their health or even their lives. (Cohn, 2007)”

Mencionámos no capítulo precedente que uma das causas da actual crise do sistema de saúde norte-americano reside no facto de cerca de 43.6 milhões de pessoas não terem qualquer seguro de saúde¹⁶⁷. Esta situação não decorre do facto de ser este o número de americanos que vivem em condições de extrema pobreza, ou são portadores de alguma incapacidade que os torne elegíveis para um dos programas de apoio governamental. O que se verifica é que os seguros de saúde, normalmente associados ao emprego - *employment-base* (Enthoven, 2003; Swartz, 2005; Engel, 2006) - a maioria no caso norte-americano, (Faria, 2004), diminuíram na mesma proporção em que aumentou o desemprego¹⁶⁸. Esta associação, esteve na origem do *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*, visava regular a situação daqueles que pretendiam mudar de emprego, mas que não o faziam por temerem perder o seu seguro de saúde (Engel, 2006), situação igualmente regulada através do *Consolidated Omnibus Reconciliation Act of 1985*.

De acordo com Gilmer e Kronick (2005), o número de indivíduos, sem seguro de saúde aumentou rapidamente uma vez que o valor dos prémios cresceu muito mais depressa do que os rendimentos individuais, perspectivando aqueles autores a

¹⁶⁷ Já em 2003, a maioria dos americanos considerou a questão do financiamento da prestação de cuidados aos não-segurados, entre aqueles que consideravam serem os três assuntos mais importantes, antecedido dos custos e dos cuidados aos mais idosos (Blendon; Benson; DesRoches, 2003), e cerca de 74% entendiam ser necessária a elaboração de legislação que assegurasse a prestação de cuidados a este grupo, sendo que 80% consideravam que deveria ser o Governo a proporcionar a prestação de cuidados.

¹⁶⁸ Veja-se Gilmer & Kronick (2001).

necessidade de recorrer a uma forma de cobertura universal como forma de resolver a questão dos que não possuem qualquer tipo de seguro.

Ainda segundo Enthoven (2003), a actual situação resulta do aumento descontrolado dos custos e do comportamento de advogados, políticos, consumidores e médicos, os quais resistem a qualquer tentativa para limitar os seus cuidados, enquanto os últimos resistem a qualquer tentativa para controlar os recursos disponíveis¹⁶⁹. Neste sentido, Swartz (2006), entende que nos últimos anos, se reuniram duas condições susceptíveis de causarem esta mesma situação, vejamos.

De acordo com esta autora, durante o período que medeia entre 1970e os nossos dias (terceiras e quarta fase) verificaram-se importantes alterações no mercado de trabalho norte-americano, como a diminuição do número de trabalhadores da indústria, tradicionalmente próximos dos sindicatos, originalmente parceiros no crescimento da subscrição de seguros de saúde, ou o aumento do número de empregados em pequenas empresas incapazes de garantir os custos da protecção da saúde e por fim, o aumento dos indivíduos em situação de trabalho temporário, ou a trabalhar por conta própria. Estas alterações tiveram como consequência directa a redução do número de indivíduos com seguro de saúde.

Importa ainda referir um outro aspecto, ao perder-se a tradicional vínculo de trabalho, as entidades seguradoras “arriscam “ muito menos quando negociam seguros de saúde, em especial quando estamos entre empresas de pequena dimensão (Swartz, 2006), pelo que aqueles que representam maior risco, leia-se idosos ou doentes, não beneficiarão de cobertura de saúde decorrente da associação entre trabalho, seguros e sindicatos.

Se a estas questões associarmos o aumento dos tratamentos e meios de diagnóstico disponíveis para todos, cada vez mais complexos e dispendiosos, encontramos a causa para o crescimento do número de não segurados entre a classe média empregada. Quais são as consequências de não possuir seguro de saúde? A que cuidados de acede? Quem custeia estas despesas de saúde? É o que vamos procurar responder neste capítulo.

A expressão de Relman (2007) “*America’s health care system is much too expensive, and its costs are rising at an unsustainable rate. Furthermore, care is not*

¹⁶⁹ Ainda deste Professor, veja-se Enthoven & Talbot (2004).

available to many who need it the most, and it is inefficient and highly variable in quality”, ilustra o conceito defendido por Light de “cobertura inversa”, segundo o qual, quanto maior for a necessidade de cobertura de serviços de saúde, menos cuidados receberá e mais terá de pagar. Estas são duas das consequências de não possuir um seguro de saúde.

Vimos anteriormente que as mutações no mercado de trabalho e o aumento dos custos associados à prestação de cuidados são factores importantes no aumento do número de não segurados. A estes dois aspectos importa acrescentar uma maior exigência por parte das seguradoras quanto aos indivíduos com quem celebram contratos de seguro.

Sucedem, que há medida que os custos de saúde vão aumentando as seguradoras vão seleccionando, atendendo a critérios cada vez mais exigentes, os seus clientes. Desta forma, todos aqueles indivíduos que, por qualquer motivo, não tenham possuído seguro de saúde durante determinado período de tempo, podem encontrar algumas dificuldades quando chegar o momento de subscrever um novo seguro (Swartz, 2006). Já os que tenham uma idade avançada, ou que tiverem na sua história clínica episódios de risco ou de doença, dificilmente conseguirão um seguro que abranja os cuidados de que necessitam (Quadagno, 2005).

De uma perspectiva social, afirma Swartz (2006), a situação daqueles que não possuem seguro de saúde constitui ela própria um risco, na medida em que ao não terem a assistência regular de que necessitam¹⁷⁰, os custos no momento em que ocorrer a prestação necessária, serão muito superiores.

A resposta parece ser simples, uma vez que desde 1986 hospitais e médicos estão obrigados a prestar assistência nas situações de emergência, independentemente da capacidade de pagamento dos indivíduos. Assim, e quanto à segunda questão colocada, os “não-segurados” apenas terão acesso a cuidados em situações de urgência ou emergência. Mas quem paga estes cuidados?

O Governo subsidia assistência médica a 77 milhões de americanos (Cannon & Tanner, 2005), através dos programas de *Medicare* e *Medicaid*, onerando aqueles que

¹⁷⁰ Na expressão Cohn (2007), “*The uninsured are less likely to have regular doctors, and they see doctors less regularly. As a result, they miss out on a lot of the routine screenings that insured Americans get ...By and large, though, the screenings and tests that the uninsured don’t get are precisely the ones that might help them avoid more serious health problems in the future – problems that incur serious financial and physical costs.*”

têm capacidade financeira (Reinhardt, 2003). Por outro lado, a existência de seguros de saúde aumenta o consumo de cuidados, e consequentemente os custos envolvidos. Sendo que os Estados Unidos são o país em que um terceiro-pagador, mais despende em cuidados, cerca de 86% do financiamento. Destes 45,9% são assegurados pelo Governo (Cannon & Tanner, 2005) através de subsídios aos Estados, do financiamento de programas de *Medicare* e *Medicaid*, impostos, e outras, naquilo a que Hadley e Holahan (2003) chamam “*patchwork of indirect and hidden subsidies*”.

Segundo J. Hadley e J. Holahan (2003), em artigo publicado em Fevereiro de 2003, na revista *Health Affairs*, o financiamento dos custos de saúde dos “não-segurados” contribui igualmente para o aumento dos custos para os demais indivíduos, custos estes que podem ser potenciados se o acesso a cuidados de saúde for universal, como decorre da afirmação “*real increases occur because having insurance increases the amount of care used by the uninsured*”.

De acordo com os resultados obtidos por estes dois autores, a principal fonte de financiamento de cuidados de saúde prestados a “não-segurados”, é o Governo Federal, através dos programas *Medicare* e *Medicaid*, e só depois os Governos Estaduais através de impostos, representando a verba dispendida com estes indivíduos um valor inferior ao gasto nos dois programas mencionados¹⁷¹.

Para uma maior transparência neste financiamento, atendendo aos elevados valores em causa, sugerem Hadley e Holahan (2003) a criação de um fundo destinado a financiar os cuidados daqueles que não possuem seguro de saúde, o que permitiria aos programas assistenciais actualmente existentes manter as suas características, nomeadamente quanto aos destinatários. No que concerne às HMO e aos prestadores de cuidados, o seu benefício seria superior se a cobertura de seguros fosse alargada.

De uma perspectiva social, não parece existir consenso (Blendon & Benson, 2003; DesRoches, 2003) quanto à forma como se resolverá a situação futura dos indivíduos não possuidores de seguros de saúde. Se por um lado os cidadãos entendem que o Governo deve continuar a assegurar esta cobertura, a verdade é que, face ao aumento dos custos associados à prestação de cuidados, e em especial dos prémios de saúde, por outro, não querem ser ainda mais onerados com este financiamento.

¹⁷¹ Quanto aos custos, vide Hadlye & Holahan (2003)..

De qualquer forma, a prestação de cuidados de saúde a este grupo depende da capacidade do Governo Federal de manter o seu financiamento, preocupação presente, como mencionámos, nos discursos do Presidente Bush e nos programas de campanha dos actuais candidatos.

Como vimos, em cerca de 43.6 milhões de americanos que não possuem seguro de saúde, o número de indivíduos pertencentes à classe média tem vindo a aumentar, devido sobretudo ao sistema de seguro baseado no emprego, atendendo quer ao aumento do número de desempregados, quer ao surgimento de novas formas de trabalho (temporário, prestação de serviços, em casa, empresas de pequena dimensão), as quais dificultam a celebração de contratos de seguro de saúde (Swartz, 2006).

Desta forma, os indivíduos incluídos neste grupo, terão apenas acesso a cuidados de saúde em situações de urgência ou emergência¹⁷², uma vez que o acesso a outro tipo de cuidados seria de tal forma dispendioso num momento posterior, que muitas famílias ficariam numa situação financeira catastrófica (Cohn, 2007), pelo que, até aqui, estes cuidados têm sido financiados pelo Governo, apesar de não existir consenso entre a opinião pública quanto à forma de prestar cuidados a esta parcela crescente de indivíduos. Como vimos, para alguns, a solução passaria por adoptar um sistema universal, seja à imagem dos sistemas europeus, seja de cobertura universal como se preconiza na reforma em curso no Estado do Massachusetts.

¹⁷² Veja-se Enthoven (2005)

CAPÍTULO V

ANÁLISE COMPARATIVA DO DIREITO DE ACESSO

A CUIDADOS DE SAÚDE NOS

DOIS SISTEMAS EM ESTUDO

Nota Preliminar

Como resulta do presente trabalho, os sistemas de saúde português e norte-americano representam paradigmas distintos quanto à sua concepção, organização, e consequente tratamento do acesso a cuidados de saúde.

Procederemos de seguida a uma análise comparativa dos sistemas em estudo atendendo às vertentes que pretendíamos abordar no presente estudo: (a) a existência ou não de uma base legal que preveja e regule o exercício do direito de acesso a cuidados de saúde; (b) o conteúdo deste direito no âmbito de cada um dos sistemas em estudo; (c) as condições de concretização do acesso a cuidados de saúde em ambos os sistemas, e, por último (d) a existência de garantias de efectivação do mesmo.

1. Existência de base legal específica

A primeira grande diferença reside no reconhecimento normativo do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde em ambos os sistemas. Entre nós, abordamos este aspecto em duas perspectivas, os normativos internacionais, e a base legal nacional aplicável.

De uma perspectiva internacional, a DUDH, e o seu artigo 25.º, surgem como normativo de referência na consagração do reconhecimento a todos os indivíduos do direito a “um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar (...)”. Idêntico sentido se encontra explanado no preâmbulo da Carta Constitutiva da OMS, ao afirmar-se “*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.*” (OMS, 1948), e no texto da Declaração de Alma-Ata.

A concepção vertida nestes preceitos encontra eco no número 1 do artigo 12.º do PIDESC, no qual se reconhece por parte dos Estados Partes, o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir, como corolário do reconhecimento da dignidade da vida humana.

Para além destes normativos, e no que se refere ao quadro legal aplicável no âmbito da realidade europeia, destaca-se o artigo 35.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, cuja epígrafe se designa Protecção da Saúde, e no qual se reconhece o direito de todas as pessoas a acederem à prevenção em matéria de

saúde e de beneficiarem de cuidados médicos, reiterando-se neste preceito a preocupação em assegurar um “elevado nível de protecção da saúde humana.”

Igualmente a Carta Social Europeia Revista, incorpora duas normas fundamentais neste âmbito, as quais oneram os Estados signatários na obrigação de prestações de facto, de acções concretas direccionadas à concretização do direito por parte dos indivíduos. São estas, o artigo 11.º, sob a epígrafe Direito à protecção da Saúde, e o artigo 13.º que consagra o Direito à Assistência Médica, e que se transcrevem de seguida:

“Artigo 11.º

(Direito à protecção da saúde)

Com vista a assegurar o exercício efectivo do direito à protecção da saúde, as Partes comprometem-se a tomar, quer directamente, quer em cooperação com as organizações públicas e privadas, medidas apropriadas tendentes, nomeadamente: 1) A eliminar, na medida do possível, as causas de uma saúde deficiente; 2) A estabelecer serviços de consulta e de educação no que respeita à melhoria da saúde e ao desenvolvimento do sentido da responsabilidade individual em matéria de saúde; 3) A prevenir, na medida do possível, as doenças epidémicas, endémicas e outras, assim como os acidentes.

Artigo 13.º

(Direito à assistência social e médica)

Com vista a assegurar o exercício efectivo do direito à assistência social e médica, as Partes comprometem-se: 1) A assegurar que qualquer pessoa que não disponha de recursos suficientes e que não esteja em condições de os angariar pelos seus próprios meios ou de os receber de outra fonte, designadamente por prestações resultantes de um regime de segurança social, possa obter uma assistência apropriada e, em caso de doença, os cuidados necessários ao seu estado; 2) A assegurar que as pessoas que beneficiem de tal assistência não sofram, por esse motivo, uma diminuição dos seus direitos políticos ou sociais; 3) A determinar que qualquer pessoa possa obter, através de serviços competentes de carácter público ou privado, os esclarecimentos e o auxílio pessoal necessários para prevenir, abolir ou

aliviar o estado de carência de ordem pessoal e de ordem familiar; 4) A aplicar as disposições constantes dos parágrafos 1, 2 e 3 do presente artigo, em plano de igualdade com os seus nacionais, aos nacionais das outras Partes que se encontrem legalmente no seu território, de acordo com as obrigações por elas assumidas em virtude da Convenção Europeia de Assistência Social e Médica, assinada em Paris, em 11 de Dezembro de 1953.”

Um último documento que se afigura fundamental nesta sede, é a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, em cujo artigo terceiro se consagra o acesso equitativo aos cuidados de saúde. Esta norma obriga os Estados a tomarem as medidas consideradas adequadas a assegurar um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Num plano interno, o Direito à Protecção da Saúde encontra-se previsto no artigo 64.º do texto fundamental, que transcrevemos dada a sua importância:

“Artigo 64.º

(Saúde)¹⁷³

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado: (a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; (b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: (a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e

¹⁷³ Sublinhado nosso.

de reabilitação; (b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; (c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; (d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; (e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; (f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada

A adopção deste preceito, obrigou o Estado a criar as condições necessárias para assegurar e garantir o acesso a cuidados de saúde em condições de igualdade para todos os indivíduos, incluindo estrangeiros e apátridas, condições estas que se materializaram, com a aprovação de LBS e do Estatuto do SNS, num Serviço Nacional de Saúde, de acesso universal, geral quanto aos cuidados prestados e tendencialmente gratuito, veja-se neste sentido o teor da Base XII da LBS, e artigo 2.º do Estatuto do SNS.

Entre o quadro normativo aplicável, destacam-se ainda dois diplomas essenciais, um emanado da Assembleia da República, a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que cria a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, demonstrativa da importância que o exercício deste direito assume, e um segundo diploma, emanado do Governo, que veio criar a Entidade Reguladora da Saúde, que veremos no âmbito das garantias de efectivação do direito em análise.

Diferente situação encontramos nos Estados Unidos, onde segundo Yamin (2005), sempre se verificaram resistências quanto à adopção e transposição para o plano interno dos standards internacionais sobre direitos humanos, o que, de certa forma pode explicar o facto de aquele País ser o único dos Países industrializados a não possuir um sistema de saúde de cobertura universal, nem o reconhecimento normativo do direito à protecção da saúde, enquanto bem social fundamental, como resulta da leitura da norma constitucional daquele País.

Entendemos no entanto, ser de referir o *Social Security Amendments of 1965*, o qual veio criar os programas de *Medicare* e *Medicaid*, destinados a assegurarem o

acesso a cuidados de saúde a idosos, portadores de doenças crónicas “catastróficas”, portadores de incapacidades, crianças, grávidas e indivíduos de baixos rendimentos.

Um outro documento, designado *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA), aprovado em 1986, o qual veio garantir que todos aqueles que necessitassem de cuidados médicos de urgência ou emergência seriam assistidos, independentemente da sua situação, social, legal ou capacidade para pagar.

Consideramos igualmente pertinente referir as reformas em curso em alguns Estados, com vista a assegurar cobertura universal de cuidados a todos os seus cidadãos. Veja-se a título de exemplo o *Chapter 58 of the Acts of 2006: Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care*, do Estado do Massachusetts, o “*Prepaid Health Care Act*”, no Estado do Havai, “*The Dirigo Health Reform Act*” em vigor no Estado do Maine, o “*Health Care Affordability Act (H862) in 2006*”, no Estado de Vermont, e na Califórnia o “*Health Care Security And Cost Reduction Act (The Act)*”, Segundo o qual, todos os cidadãos californianos terão acesso a seguros de saúde que os protejam dos custos elevados associados à prestação de cuidados.

2. Conteúdo do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde em cada um dos sistemas

No que se refere ao conteúdo do direito, a consagração normativa anteriormente anunciada coloca, no caso português o Direito à protecção da saúde e consequentemente o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde entre os chamados direitos fundamentais sociais. Decorrente do reconhecimento do princípio da inviolabilidade da vida humana e do direito à integridade física, como elementos estruturantes da organização social actual, este Direito incorpora no caso português a universalidade, a generalidade e o princípio da igualdade.

O princípio da universalidade enunciado no âmbito do artigo 64.º da CRP, encontra previsão própria no artigo 12.º do mesmo texto fundamental. Segundo este, todos os cidadãos gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres consignados naquele normativo, o que no âmbito da protecção da saúde se traduz no reconhecimento do direito de acesso de todos os indivíduos, estrangeiros e apátridas incluídos, a todos cuidados de saúde (generalidade) de que necessitam para manter ou recuperar o melhor nível de saúde atingível face à sua especial situação, decorrendo da

universalidade o respeito pelo princípio da equiparação no acesso e na obtenção de cuidados.

Em idêntico sentido, o princípio da igualdade, previsto no artigo 13.º da CRP. No âmbito da prestação de cuidados de saúde, a consagração deste enunciado determina que acesso e tratamento estejam assegurados para todos em idênticas circunstâncias, para que todos possuam igualdade de oportunidades de tratamento e de gozo do Direito à Protecção da Saúde.

Dos documentos analisados, resultou demonstrado que não existe no âmbito da prestação de cuidados de saúde nos EUA um Direito de Acesso a Cuidados de Saúde idêntico ao consagrado entre nós. De facto, naquele País, o conteúdo do acesso depende da capacidade de subscrição de um seguro ou plano de saúde, nas modalidades de “*managed care plans*” previstas, ou da inclusão num dos seguros de protecção social, *Medicare* ou *Medicaid*.

Deste modo, e dentro de uma mesma modalidade de plano de saúde, são diversos os conteúdos encontrados, dependendo do plano ou seguro subscrito, das características e necessidades individuais e familiares, e da capacidade financeira. Um outro aspecto não só condiciona o acesso a cuidados de saúde naquele País, como limita a liberdade de escolha dos indivíduos, uma vez que a grande maioria dos seguros ou planos de saúde no âmbito das MCOs, se encontram associados a contratos de trabalho, o que inviabiliza qualquer participação dos sujeitos na escolha do seguro ou plano de saúde de que vão beneficiar.

3. Condições de concretização do Direito de Acesso

No que se refere a esta terceira vertente que pretendíamos analisar, iniciaremos pelas condições de acesso no âmbito do SNS português, e a existência deste Serviço incorpora a primeira grande diferença entre as duas realidades. Quer isto dizer que no caso português, a simples existência de um serviço nacional de saúde único, universal, geral e tendencialmente gratuito, constitui a primeira condição para que o Direito em estudo possa ser concretizado.

Neste âmbito entendemos ainda ser de referir as condições de natureza burocrática ou administrativa que, não inviabilizando o acesso, constituem neste

momento elementos exigíveis no momento de acesso à prestação de cuidados. A primeira exigência resulta da necessidade de todos os indivíduos estarem inscritos no centro de saúde da sua área de residência, e de possuírem como resultado dessa inscrição, um cartão de utente do qual conste a sua identificação.

Um segundo aspecto resulta da necessidade de proceder ao pagamento de taxas moderadoras sempre que o seu pagamento seja exigível. De acordo com a jurisprudência produzida, do não pagamento não resulta a susceptibilidade dos serviços se recusarem a prestar os cuidados necessários à recuperação ou manutenção da saúde dos indivíduos que a eles acorrem.

Também no que se refere aos cuidados de urgência e emergência, estes encontram-se sempre assegurados. Idêntico princípio existe nos EUA, como consequência da aprovação em 1986 do EMTALA, citado no presente capítulo.

Para além destes cuidados, a concretização do direito depende da subscrição e pagamento mensal dos prémios dos seguros ou planos de saúde e posse de documento que o comprove. Acresce, nomeadamente no âmbito do acesso a cuidados hospitalares, a necessidade de referenciação por parte do médico responsável pelo doente, como sucede entre nós, a que acresce, em especial para tratamentos ou procedimentos mais onerosos, autorização prévia da entidade intermediária (companhia de seguros).

4. Existência de garantias de efectivação do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

No âmbito das garantias de efectivação do Direito, entendemos que a existência de um quadro normativo próprio, como sucede no caso português, conferem por si só mecanismos de defesa aos indivíduos, os quais podem exigir ao Estado a concretização da prestação positiva a que se encontra obrigado por força do preceito constitucional, ainda que estejamos no âmbito dos direitos sociais fundamentais, os quais sempre admitem restrições em função das disponibilidades financeiras e materiais do Estado.

Por outro lado, também a existência de um SNS único, no qual são disponibilizados diferentes níveis de cuidados, contribui para a efectivação do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde. Se considerarmos, nesta sede, a tendência de

gratuidade verificada em Portugal, concluímos que também esta característica pode por si só garantir a acessibilidade dos cuidados, se não, veja-se a situação de cerca de 43,6 milhões de americanos, que apesar de não serem elegíveis no âmbito dos seguros sociais, não possuem qualquer protecção da saúde.

Entendemos ainda, que a existência de uma ERS, a quem se encontram atribuídas funções de regulação, supervisão e acompanhamento dos intervenientes na prestação de cuidados de saúde, e cujo objecto essencial mais não é que a obrigação de assegurar o acesso universal de todas as pessoas ao serviço público de saúde, bem como garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente no que se refere à qualidade e segurança dos cuidados prestados, constitui elemento de garantia da efectivação deste direito.

Também a Carta dos Direitos dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, constante da Lei n.º 41/2007, e entrada em vigor em 1 de Janeiro do corrente ano, demonstram a importância que a Assembleia da República confere às garantias de acesso. Veja-se nomeadamente o reconhecimento do direito à informação constante daquele diploma, o qual concretiza a denominada equidade informativa enunciada pelo CIDESC, como corolário do direito de acesso à informação, previsto nomeadamente no artigo 19.º, n.º 2, do PIDCP e no artigo 10.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

Da documentação analisada, e no que se refere aos EUA, não se verificou a existência de um direito expressamente reconhecido de acesso a cuidados de saúde, nem a existência de normativos ou de uma entidade de natureza similar ao existente em Portugal, antes se verifica a existência de uma enorme variedade de sistemas e tipologias, cujas características variam de Estado para Estado e de plano de saúde para plano de saúde, e até dentro do mesmo plano.

No que se refere às garantias de efectivação do Direito, estas dependem das cláusulas contratuais negociadas entre os indivíduos ou as entidades empregadoras e as entidades gestoras de cuidados, as *Managed Care Organizations*.

Apresentamos de seguida um quadro resumo da análise realizada.

Quadro VI - Quadro comparativo dos dois sistemas

	Sistema acesso universal (Portugal)	Sistema de acesso “não universal” (EUA)
Base legal	<ul style="list-style-type: none"> - Tratados e Documentos Internacionais com força de Lei ou não, transpostos para o ordenamento jurídico nacional (DUDH, PIDESC, PIDCP, Convenção sobre Direitos do Homem e Biomedicina, OMS, etc). - Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e Carta Social Europeia Revista. - Artigo 64.º da CRP. - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde (com alterações). - Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro: Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (com alterações). - Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto: Carta dos Direitos de Acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe previsão constitucional do direito à protecção da saúde. - Não houve transposição para o ordenamento interno de normativos internacionais que consagram o direito à saúde como direito humano fundamental. - Aprovação do <i>Social Security Amendments Act</i> que criou os sistemas de <i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i>. - Existem diplomas avulsos (National Health Acts) que visam regular a actividade seguradora., como <i>ERISA</i>, ou <i>Employee Retirement Income Security Act</i>. - Alguns Estados iniciaram reformas com vista á implementação de sistemas de cobertura universal: <ul style="list-style-type: none"> a) Hawaii – “<i>Prepaid Health Care Act</i>”; b) Maine – “<i>The Dirigo Health Reform Act</i>”; c) Massachusetts- “<i>Act Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care</i>,”(Chapter 58 of the Acts of 2006); d) Vermont - <i>Health Care Affordability Act (H861) in 2006</i>, e e) California – “<i>The Act</i>”
Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - Direito social fundamental. - O Direito de acesso é universal, geral e compreensivo quanto ao seu conteúdo, incorporando os princípios da igualdade, da equidade e da não discriminação. - Todos os indivíduos têm acesso a todos os cuidados disponibilizados pelo SNS, na medida dos recursos disponíveis. - Abrange a prevenção, promoção e manutenção ou recuperação da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - O acesso a cuidados de saúde depende do plano ou seguro de saúde pré-pago. - Independentemente da modalidade, nenhum seguro cobre a totalidade das despesas com saúde ou abrange todos os cuidados disponíveis. - Na maior parte dos planos ou seguros de saúde, os cuidados de prevenção não se encontram incluídos. O mesmo pode suceder com os cuidados primários.
Condições de acesso	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um SNS, universal, geral e tendencialmente gratuito. - Inscrição no centro de saúde da área de residência e apresentação de Cartão de utente. - Estrangeiros e apátridas necessitam de prova de que se encontra em Portugal há pelo menos noventa dias. - Pagamento de taxa moderadora quando haja lugar. - Referenciação pelo médico de família quando haja necessidade de cuidados diferenciados - Cuidados de urgência e emergência são sempre prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Subscrição de seguro ou plano de saúde, e posse de documento que o comprove. - Referenciação pelo médico responsável pelo subscritor e autorização prévia da entidade gestora do plano de saúde para internamento hospitalar. - Em alguns planos o acesso apenas se pode fazer entre prestadores inseridos na rede. - Inclusão num programa de Medicare ou Medicaid, quando se encontrem preenchidos os requisitos necessários.
Garantias do direito	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento enquanto direito fundamental, obriga o Estado à criação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito. - Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que aprova a Carta dos Direitos de Acesso aos Buidados de Saúde pelos Utentes do SNS. - Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, que cria a Entidade Reguladora da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não se verifica a existência de mecanismos de garantia de acesso a cuidados de saúde, excepto no que diz respeito aos cuidados de urgência e emergência, “<i>The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act</i>” (EMTALA), de 1986.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES

1. Conclusões Finais

O presente trabalho de investigação partiu da vontade de analisar o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde à luz de dois sistemas de saúde paradigmaticamente distintos. Para isso, foram identificadas uma questão principal e três questões específicas, que considerámos pertinentes face ao momento de reforma em que o SNS se encontra.

A análise documental realizada visava responder às perguntas: Será que um sistema de saúde tal como existe nos Estados Unidos da América poderá em alguma medida beneficiar o acesso a cuidados de saúde, ou será que, pelo contrário, apenas o prejudicará comparativamente a um sistema de acesso universal como o português? – e as decorrentes questões específicas: (a) Como é que o sistema de saúde norte-americano beneficia ou prejudica o acesso à prestação de cuidados de saúde; (b) Como é que o sistema de saúde português beneficia ou prejudica o acesso à prestação de cuidados de saúde, e finalmente, (c) que sistema de acesso parece proporcionar, nas suas diversas dimensões, um melhor acesso à prestação de cuidados de saúde.

Em nosso entender, o sistema de acesso universal é aquele que melhor garante o acesso a cuidados de saúde dos indivíduos, não se colocando no seu âmbito a questão da “não acessibilidade”, como acontece nos EUA, onde o sistema de acesso depende da actuação das chamadas *Managed Care Organizations*

Para uma melhor sistematização apresentamos os quadros nas páginas seguintes com as principais conclusões encontradas.

Quadro VII - Principais vantagens e desvantagens de um sistema de acesso universal.

Sistema Universal		
	Vantagens	Desvantagens
Base legal própria	<ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo do direito encontra-se previamente definido na Lei, sendo por todos conhecido e aceite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de introduzir mecanismos de garantia, que assegurem aos indivíduos a efectivação do Direito face aos constrangimentos existentes no sistema. - Menor responsabilização dos indivíduos no que se refere à manutenção da saúde. - “Normatização” pode impedir a procura de novas formas de actuação, e flexibilidade necessárias face aos constantes desafios e inovação verificados e aos interesses e legítimas expectativas dos utilizadores. - Recurso abusivo a cuidados de saúde. - Reduzida responsabilização dos indivíduos pela sua saúde.
Conteúdo do Direito	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os indivíduos podem em todos os momentos auferir de todos os cuidados de saúde de que necessitam. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevadas expectativas face aos serviços, aos profissionais e aos cuidados de que podem vir a necessitar surgem muitas vezes como foco de conflito e de insatisfação face à prestação recebida. - Elevada expectativa dos utilizadores face aos serviços, aos cuidados e aos profissionais, pode ser geradora de conflitos. - Reduzido conhecimento e responsabilização social pelos custos associados à prestação.
Condições de acesso	<ul style="list-style-type: none"> - Efectivação da prestação mesmo quando os requisitos administrativos não se encontram preenchidos, por estes não constituírem fundamento de recusa de prestação de cuidados quando se afigurem necessários. - A existência de Cartão de Utente e a obrigatoriedade de inscrição no Centro de Saúde da área de residência, permitirá um melhor conhecimento da utilização dos serviços, evitando nomeadamente as duplicações. - A introdução de taxas moderadoras permite uma maior racionalização do recurso aos cuidados desnecessários, e responsabilização dos indivíduos - As listas de espera podem também elas constituir um mecanismo de racionamento da procura 	<ul style="list-style-type: none"> - O facto de os requisitos administrativos não constituírem fundamento de recusa de cuidados, pode em algumas situações permitir o recurso abusivo aos cuidados e até a duplicação de cuidados. - Incapacidade do sistema de responder a todas as necessidades dos indivíduos que a ele recorrem, o que se traduz na existência de listas de espera excessivas. - Necessidade de introdução de taxas moderadoras como forma de racionalizar o recurso abusivo ou desnecessário a cuidados de saúde. - Existência de listas de espera cirúrgicas com tempos de espera clínica ultrapassados.
Garantias do direito	<ul style="list-style-type: none"> - Estado encontra-se obrigado a manter e assegurar mecanismos de prestação de cuidados, <i>maxime</i>, um serviço nacional de saúde. - Qualquer alteração à natureza e características do SNS implicam revisão constitucional. - Reconhecimento em normativo próprio, Lei n.º 41/2007, com vista a uma maior efectivação do acesso. - Existência de entidades autónoma e independente cujo objecto é a garantia do direito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de transparência entre os diferentes papéis desempenhados pelo Estado no sector da saúde, onde intervém em qualidades conflituantes. - Necessidade de criação de mecanismos que garantam a efectivação do Direito.

Quadro VIII - Principais vantagens e desvantagens de um sistema de acesso “não universal”

Sistema “Não Universal”		
	Vantagens	Desvantagens
Base legal própria	<ul style="list-style-type: none"> - A ausência de uma uniformização obriga as entidades intervenientes na prestação, a procurarem formas de cativar e adequar os seus clientes, investindo em processos de gestão do risco, melhoria da qualidade e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a cuidados de saúde não é reconhecido como um direito social fundamental. - Não há uniformização ou sistematização das entidades envolvidas na prestação.
Conteúdo do Direito	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduos contratam e conhecem as condições e cuidados que irão receber no momento da procura, o que evita conflitos decorrentes da expectativa dos utilizadores face aos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Custos associados à subscrição dos seguros ou planos de saúde muito elevados. - Encontra-se dependente das cláusulas contratuais do plano de saúde subscrito. - Depende da capacidade financeira dos indivíduos e não de uma necessidade efectiva. - Pode abranger apenas um determinado grupo de cuidados.
Condições de acesso		<ul style="list-style-type: none"> - Associadas à capacidade financeira dos indivíduos. - Carecem de parecer prévio de entidade gestora de cuidados, e não do médico. - Exigências burocráticas excessivamente onerosas, tanto para os utilizadores como para os serviços.
Garantias do direito		<ul style="list-style-type: none"> - Não existem garantias de efectivação do direito para além das que possam ser aplicáveis aos contratos de seguros na sua generalidade.

À laia de conclusão final, gostaríamos de dizer que o reconhecimento e incorporação nos normativos fundamentais internacionais e nacionais da saúde como um bem fundamental, constitui a génese das políticas de protecção da saúde hoje comumente aceites (Nunes & Rego, 2002). No entanto, as alterações sociais e as descobertas científicas associadas à prestação de cuidados, com o consequente aumento da esperança média de vida e dos custos associados à prestação de cuidados de saúde, constituem um desafio no que respeita às condições de acesso a cuidados de saúde.

Neste contexto, apesar do sistema de acesso universal apresentar uma vantagem no que se refere à efectivação do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, consideramos que a coexistência de outras formas de acesso, como seja a subscrição de seguros alternativos de saúde pode, face a alguns constrangimentos do serviço público, vir a suprir dificuldades de acesso, sejam as decorrentes do aumento dos custos, da localização geográfica ou a incapacidade de assegurar nos hospitais públicos a prestação de cuidados de determinada especialidade.

A possibilidade de conciliar aspectos de cada um dos sistemas em estudo como forma de melhorar e garantir o exercício do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, poderá, pois, apresentar-se como uma via exequível. Contudo, tal deverá sempre assentar em opções devidamente fundamentadas e comprovadas, sob pena de virmos a partilhar o sentimento generalizado entre os norte-americanos e expresso por Paula Lobato de Faria no artigo que serviu de partida à presente investigação, com o qual finalizamos este capítulo:

“Depois de saber tudo isto, é capaz de estar já a pensar voltar à cidadania portuguesa, onde sabe que, se estiver doente, seja remediado ou pobre, jovem ou idoso, detentor ou não de um seguro de saúde, empregado ou desempregado, numa emergência ou não, terá sempre direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, mesmo que não seja nas melhores condições logísticas.” (Faria, 2004).

2. Limitações da presente investigação

A primeira limitação sentida na presente investigação decorre da diferença de conhecimento sobre os sistemas em análise, entendendo-se que o conhecimento e vivência da investigadora face ao sistema português poderia levar à introdução de um viés na análise de informação.

Uma segunda limitação, encontra-se directamente associada às actuais circunstâncias de cada um dos sistemas analisados. A actualidade do tema, a qual justificava a sua própria pertinência, pode constituir, contudo, uma limitação à investigação, uma vez que nos encontramos concomitantemente a presenciar momentos significativos na reforma dos dois sistemas de saúde em estudo.

Por último, não será displicente referir a ausência de estudos relativos à matéria dos seguros alternativos de saúde em Portugal, o que nos onerou com as dificuldades inerentes a qualquer trabalho pioneiro.

3. Recomendações para investigação futura

Recomendação A: Em Portugal, os “seguros alternativos de saúde” encontram-se previstos, desde a LBS (1990), como uma realidade a incrementar. No entanto, apenas em anos recentes, começam a abranger um número significativo de indivíduos. Consequentemente, entendemos ser relevante vir a verificar num futuro próximo de que forma aqueles seguros de saúde poderão ou não ser considerados um meio idóneo ou complementar de concretização do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde (*e.g.* deverão os seguros de saúde abranger obrigatoriamente a cobertura de indivíduos com idade superior a 65 anos, como já sucede em alguns países europeus?).

Recomendação B: Sendo o número de portugueses detentor de “seguros alternativos de saúde” crescente, e considerando que a CRP e a LBS prevêm no âmbito da efectivação do direito à protecção da saúde, uma articulação entre o sector público e o sector privado, pensamos que é crucial analisar em que medida poderão os seguros alternativos de saúde e os serviços públicos conjugar-se por forma a garantir o efectivo exercício do Direito de Acesso. Consideramos que nesta linha de investigação deverá dar-se atenção a questões relacionadas com a “dupla cobertura” e situações de “selecção adversa”, atentos os princípios constitucionais.

Esta análise terá por base a premissa de que a implementação de instrumentos que garantam a correcta efectivação do direito e a definição prévia do âmbito de actuação de cada um dos actores chamados a assegurar a prestação de cuidados de saúde, sob pena de o sistema público poder vir a ser confrontado com um “esvaziar” de competências, prestadores, recursos financeiros e materiais.

Recomendação C: Uma última hipótese de investigação futura resultaria da análise da percepção que os actores intervenientes na prestação (utilizadores e pagadores) têm da efectivação do Direito de Acesso a Cuidados de Saúde, nos sistemas em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [...] – A saúde antes de 1968. **Médico de Família**. III: 72 (30 de Setembro 2004) 8-10
- ACÓRDÃO n.º 330/89. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. D.R. II Série. 141 (89-06-22).
- ACÓRDÃO n.º 39/84. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. D.R. I Série. 104 (84-05-05) 1455 - 1468.
- ACÓRDÃO n.º 731/95. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. D.R. II Série. (96-03-26).
- ACÓRDÃO n.º 92/85. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. D.R. I Série. 168 (85-07-24) 2192 - 2200.
- ANNAS, G. – Terrorism, torture and other post 9/11 epidemics: must we sacrifice human rights in the name of security?. In FARIA, P. Lobato de, ed. lit. – The role of health law, bioethics and human rights to promote a safer and healthier world. Lisboa: Fundação Luso-Americana, 2006. 27-62.
- ANTUNES, M. – A doença da saúde: Serviço Nacional de Saúde: ineficiências e desperdício. 5.ª ed. Lisboa: Quetzal Editores, 2001.
- ASHTON, T.S. – A Revolução Industrial: 1760-1830. 5.ª ed. Mem Martins: Publicações Europa América, [200-]. (Saber; 92).
- BARBOUR, R. – Introducing qualitative research: a student guide to the craft of doing qualitative research. London: SAGE Publications, 2008.
- BARROS, P. – Economia da Saúde: conceitos e comportamentos. Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2005. (Olhares sobre a Saúde; 4).
- BARROS, P.P; GOMES, J.P. – Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia: principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002.
- BELL, J. – Como realizar um projecto de investigação. 2.ª ed. Lisboa: Gradiva, 2002. (Trajectos; 38).

- BERMAN, P: - Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:6 (2000) 791-802.
- BLENDON, J.; BENSON, J; DESROCHES, C. – Americas’ views of the uninsured: an era for hybrid proposals. **Health Affairs. Web exclusives**. (27 August 2003).
- BLENDON, R.; BENSON, J. – Americans’ views on health policy: a fifty-year historical perspective. **Health Affairs**. 20:2 (March/April 2001).
- BOWLING, A. – Research methods in health: investigating health and health services. 2.^a ed. London: Open University Press, 2002.
- BUSH, G – State of the Union. [Em linha] Washington, DC: United States Capitol, 2006. [Consult. <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2006/01/20060123-2.html>].
- BUSH, G. – State of the Union. [Em linha] Washington, DC: United States Capitol, 2007. [Consult. 2008.03.12] Disponível em <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2007/01/20070123-2.html>.
- CABRAL, M.V.; SILVA, P; MENDES, H., coord. – Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde. 2.^a ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002.
- CAMPOS, A.C. – Confissões políticas da saúde: auto de breve governação. Lisboa: Oficina do Livro, 2002.
- CAMPOS, A.C. - Posfácio. In Aroso, A. [et. al]. – O Futuro da saúde em Portugal. 2.^a ed. Lisboa: Associação Portuguesas Administradores Hospitalares: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. 2007. p. 241-243.
- CAMPOS, A.C. - Posfácio. In Aroso, A., [et al] – O futuro da saúde em Portugal. 2.^a ed. Lisboa: Associação Portuguesas Administradores Hospitalares. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2007. 241-243.
- CAMPOS, A.C. – Saúde o custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1983.

- CANNON, M.; TANNER, M. – Health competition: what's holding back health care and how to free it. Washington, D.C.: CATO Institute, 2005.
- CANOTILHO, G; MOREIRA, V. – Fundamentos da Constituição. Coimbra: Coimbra Editora, 1991.
- CASSEL, C. – Medicare matters: what geriatric medicine can teach American health care. Berkeley: University of California; New York: Milbank Memorial Fund, 2005.
- CASSEL, L. – How to get the health care you want: The divvy consumer's guide to navigating the health care system. Austin: Life Press, 2007.
- COHEN, R.; MARTINEZ, M. – Health insurance coverage: early release of estimates from the National Health Interview Survey, 2006. [Em linha]. Washington, D.C.: National Center for Health Statistics: Fast Stats A to Z. 2007. [Consult. 2008.03.12]. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm>.
- COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL, AND CULTURAL RIGHTS – The right to the highest attainable standard of health (General Comment n.º 14). United Nations Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000. [Consult. Disponível em [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.20000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.20000.4.En)].
- COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS – The Massachusetts Health Care Reform Act 2006. Massachusetts: Commonwealth of Massachusetts, 2007. [Consult. 2008.03.12]. Disponível em <http://www.mass.gov/legis/laws/seslaw06/sl060058.htm>.]
- CONH, J. – Sick: the untold story of America's health care crisis and the people who pay the price. New York: HarperCollins Publishers, 2007.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2005. 227 p.
- CORINA, GA. – Globalization and health: results and options. **Bulletin of the World Health Organization**. 79: 2 (2001) p. 834-841.
- CORREIA, S. - As relações jurídicas de prestação de cuidados pelas unidades de saúde do Serviço In AAFDUL – Direito da Saúde e Bioética. Lisboa: AAFDUL, 1996.

- CUNHA, P.F. – Memória, método e direito. Coimbra: Livraria Almedina, 2004.
- CUTLER, D. – Your Money or your life: strong medicine for America's health care system. New York: Oxford University Press, 2004.
- DANIELS, N. [et al.] – Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. **Bulletin of The World Health Organization**. 78:6 (2000) p. 740-750.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. I Série A. 109 (06-06-06).
- DECRETO-LEI n.º 11/93. D.R. I Série A. 12 (93-01-15).
- DECRETO-LEI n.º 117/98. D.R. I Série A. 103 (98-05-05).
- DECRETO-LEI n.º 118/92. I Série A. 144 (92-06-25).
- DECRETO-LEI n.º 157/99. D.R. I Série A. 108 (99-05-10).
- DECRETO-LEI n.º 173/2003. D.R. I Série A. 176 (03-08-01).
- DECRETO-LEI n.º 185/2002. D. R. I Série A 191 (02-08-20).
- DECRETO-LEI n.º 198/95. D.R. I Série. A. 174 (95-07-29).
- DECRETO-LEI n.º 201/2007. D.R. I Série. 1000 (07-05-24).
- DECRETO-LEI n.º 212/2006. D.R. I Série. 208 (06-10-27).
- DECRETO-LEI N.º 219/2005. I Série A 154 (05-08-11).
- DECRETO-LEI n.º 222/2007. I Série. 103 (07-05-29).
- DECRETO-LEI n.º 223/2004. D.R. I Série A. 283 (04-12-03).
- DECRETO-LEI n.º 275/2007. D. R. I Série 145 (07-07-30).
- DECRETO-LEI n.º 276-A/2007. D.R. I Série. (supl). 146 (07-07-31).
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (08-02-22).
- DECRETO-LEI n.º 285/99. D.R. I Série A. 172 (99-07-26).
- DECRETO-LEI n.º 298/2007. I Série. 161 (07-08-22).
- DECRETO-LEI N.º 309/2003. D.R. I Série A 284 (03-12-10).
- DECRETO-LEI n.º 309/2003. D.R. I Série. 145 (07-07-30).
- DECRETO-LEI n.º 401/98. D.R. I Série A. 290 (98-12-17) 6898-6899.

- DECRETO-LEI n.º 413/71. D.R. [...] (71-09-27).
- DECRETO-LEI N.º 414/71. D.R. [...] (71-09-27).
- DECRETO-LEI n.º 44/2007. D.R. I Série. 39 (07-02-23).
- DECRETO-LEI n.º 48/97. D.R. I Série A. 49 (97-02-27).
- DECRETO-LEI n.º 52/2000. D.R. I Série A. 83. (00-04-07).
- DECRETO-LEI n.º 53/98. D.R. I Série A 59 (98-03-11).
- DECRETO-LEI n.º 67/2004. D. R. I Série A. 72. (04-03-25).
- DECRETO-LEI n.º 68/2000. D.R. I Série A 97 (00-04-26).
- DECRETO-LEI n.º 77/96. D.R. I Série A. 139 (96-06-18).
- DECRETO-LEI n.º 92/2001. D.R. I Série A. 70 (01-03-23).
- DECRETO-LEI n.º 97/98. D.R. I Série A. 91 (98-04-18).
- DENAVAS-WALT, C.; PROCTOR, B.D.; SMITH, J. - Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2006. Washington, DC. Census Bureau. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, 2007.
- DENZIN, N; LINCOLN, Y., ed. lit. – Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1994.
- DESPACHO n.º 12589/2006. D.R. II Série. 115 (06-06-16).
- DESPACHO n.º 25360/2001. D.R. II Série. 286 (01-12-12).
- DESPACHO n.º 50804/99
- DESPACHO n.º 6961. D.R. II Série. 82 (04-04-06).
- DEVERS, K. – How will we know "good" qualitative research when we see it?: beginning the dialogue in health services research. **Health Services Research**. 34:5 (1999) 1153-1188.
- Doyle, R. – Getting sicker. **Scientific American**. (November 2004).
- DRAGER, N. BEAGLEHOLE, R. – Globalization: changing the public health landscape. **Bulletin of the World Health Organization**. Geneva: WHO. 79:2 (2001) p. 803.

- DRANOVE, D. – The economic evolution of American health care: from Marcus Welby to managed care. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2000.
- DUPUY, R. - Le droit à la santé en tant que droit de l'homme = The right to health as a human right. In Colloque La Haye, 1978. Alphen aan den Rijn: Sijthoff & Noordhoff, 1979.
- ECO, H. – Como se faz uma tese em ciências humanas. 9.^a ed. Lisboa: Editorial Presença, 2002. (Universidade Hoje, 4).
- EISENBERG, J. - Health services research in a market-oriented health care system. **Health Affairs**. 17:1 (1998) 98-108.
- ENGEL, J. – Poor people's medicine: Medicaid and American charity care since 1965. Durham: Duke University Press, 2006.
- ENTHOVEN, A. – Market forces and efficient health care systems. **Health Affairs**. 23:2 (March/April 2004) 25-27.
- ENTHOVEN, A. – The history and principles of managed care. **Health Affairs**. 12: Supl. 1 (1993). 24-48
- ENTHOVEN, A; TALBOT, B. – Stanford University's experience with managed competition. **Health Affairs**. 23:6 (2004) 136-140.
- ESCOVAL, A. – Evolução da administração pública de saúde: o papel da contratualização: factores críticos do contexto português. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese de doutoramento.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Health systems in transition: Portugal. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Health systems in transition: Portugal. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. 1999.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Health systems in transition: Portugal. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.

- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Observatory glossary. [Em linha]. Brussels: World Health Organization: Regional Office for Europe. [Consult. Disponível em <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>].
- FAIRFIELD, g. [ET AL] – managed care: origins, principles, and evolution. **British Medical Journal**. 314: 1823 (1997).
- FARIA, P. – A crise do *corporate welfare* nos EUA ou o alívio de ter um Serviço Nacional de Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 22: 1 (Janeiro/Junho 2004) 85-87.
- FEACHAM, R. – Health Systems: more evidence, more debate. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:6 (2000) 715.
- FEACHAM, R. Poverty and inequity: a proper focus for the new century. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:1 (2001) 1.
- FERREIRA, G. – A moderna saúde pública. 6.^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FUCHS, V. – What’s ahead for health insurance in the United States?. **The New England Journal of Medicine**. 346:23 (jun6, 2002) 1822-1825.
- GAKIDOU, E; MURRAY, C; FRENK, J – Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. **Bulletin of The World Health Organization**. 78:1 (2000) p. 42-54.
- GEORGE, F. - Futuro da saúde em Portugal. In Aroso, A., [et al.] – O Futuro da saúde em Portugal. 2.^a ed. Lisboa: Associação Portuguesa Administradores Hospitalares: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. 2007. Pp 73-80.
- GEVERS, J.; HONDIUS, E.; HUBBEN, J. ed. lit. – Health law, human rights and the biomedicine convention: essays in honour of Henriette Roscam Abbing. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2005.
- GILMER, T.; KRONICK, R. – Calm before the storm: expected increase in the number of uninsured Americans. **Health Affairs**. 20:6. (November/ December 2001).

- GILMER, T.; KRONICK, R. – It's the premiums, stupid: projections of the uninsured through 2013. **Health Affairs, web exclusives** (5 april 2005).
- GRAÇA, L. – Guião para um processo de investigação. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. (Textos mimeografiados).
- HADLEY, J; HOLAHAN, J: - Cover the uninsured: how much would it cost? **Health Affairs. Web exclusives**. (January – June/2003).
- HAGER, C.- Health reform in Massachusetts: one way-year way. In. 30th Health Law Professors Conference, Boston, June 1, 2007. Boston: ASLME.
- HAVIGURST, C. – The new class-action lawsuits. **Health Affairs**. 20:4 (July/August, 2001)
- HERZLINGER, R. – Who killed health care?: America's \$ 2 trillion medical problem – and the consumer-driven cure. New York: McGraw-Hill, 2007.
- HOTTOIS, G; PARIZEAU, M.H. – Dicionário da Bioética. Lisboa: Piaget Editora, 1998. (Atlas e Dicionários).
- HURLEY, R. – Qualitative research and the profound grasp of the obvious. **Health Services Research**. 34: 4 (December 1999).1119-1136.
- HURST, J. – Challenges for health systems in Member Countries of the Organization for Economic Co-operation and development. **Bulletin of The World Health Organization**. 78:6 (2000) p. 751-760.
- IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde. Lisboa: EDINOVA, 1999.
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION - Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [Em linha]. In INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 4, JAKARTA, 1997 - New Players for a new era. Jakarta: WHO, 1997. [Consult. 2008.04.04]. Disponível em http://www.who.int/hpr/NHP/docs/jakarta_declaration_en.pdf.
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, ALMA-ATA (1978) – Declaration of Alma-Ata. [Consult. 2007.06.04]. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.]

- JUSTO, C. – A cesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003. [Consult.15 Janeiro 2007]. Disponível em www.observaport.org .
- JUSTO, C. – PECLEC: o ponto da situação. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003. [Consult.15 Janeiro 2007]. Disponível em www.observaport.org .
- JUSTO, C. – Serviço Nacional de Saúde, 25 anos. **Jornal Público**. (2004-06-09).
- KAUL, I; FAUST, F. – Global public goods and health: taking the agenda forward. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:1 (2001) 1869-874.
- Kawabata - A new look at health systems. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:6 (2000). Special Theme: Health Systems. p. 716.
- KINDING, D. – Beyond health services research. **Health Services Research**. 34:1. Part 1(April 1999) 205-215.
- KINDING, D. – Beyond health services research. **Health Services Research**. 34:1: Part I. Aprill 1999) 205-215.
- KINNEY, E. – The evolution of public health regulation. [Em linha] In BIOTERRORISM, PUBLIC HEALTH AND THE LAW: LAW 801: HEALTH CARE LAW SEMINAR. [Consult. Disponível em <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/Bioterrorism/4PHealthLaw/PHLaw00k.htm>].
- KINNEY, E. – The international human right to health in domestic constitutional and statutory law. In. Second Biennial Seminar in Health Law and Bioethics., Boston: Boston University School of Public Health. [on publishing]
- KINNEY, E. [et al] – Three political realities in expanding coverage for the working poor: one State’s experience. **Health Affairs**. 18:4 (1999). 188.
- KONGSTVEDT, P.: Essentials of managed care health care. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2003.
- KRUGMAN, P – A private obsession. **New York Times**. (April 29, 2005).
- KRUGMAN, P – The medical money pit. **New York Times**. (April 15, 2005).

- LAFRANCE, A. – Healthcare reform in the twenty-first century: the role of the States. In. 30th Health Law Professors Conference, Boston, June 1, 2007. Boston: ASLME.
- LANDES, D. – A riqueza e a pobreza das nações: por que são algumas tão ricas e outras tão pobres. 6.^a ed. Lisboa: Gradiva, 2002. (Trajectos, 49).
- LARENZ, K. – Metodologia da ciência do direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. (Manuais Universitários).
- LAST, J.M. – Um dicionário de epidemiologia. 2.º ed. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995.
- LEI n.º 27/99. D.R. I Série A. 102 (99-05-03).
- LEI n.º 41/2007. D.R. I Série. 163 (07-08-24).
- LEI n.º 48/90. D.R. I Série 195 (90-08-24) 3452 – 3459.
- LEI n.º 56/79. D.R. I Série. 214 (15-09-79). 2357 - 2363.
- LEVY, J.; CHEMRYNSKI, S; TUCHMANN, J. - Incorporating concepts of inequality and inequity into health benefits analysis. **International Journal for Equity in Health** [Em linha]. 5:1 (2006) 2. [consult. 20.Jan.2008].
- LIGHT, D. – From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British Experience. **Milbak Quarterly**. 75:3 (1997).
- LUFT, h. – Pushing good research to go farther. **Health Services Research**. 33:5 (1998) 1185-1191.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B. – Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*. [Em linha]. 1:1 (2002) 1.[Consult.30.Mar.2004].
- MAGALHÃES, J. – Dicionário da revisão constitucional. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1989.
- MARINER, W – Can consumer-choice plans satisfy patients? Problems with theory and practice in health insurance contracts. **Brooklyn Law Review**. 69:2 (Winter 2004) 486-542.
- MARINER, W. – Business vs. Medical Ethics: Conflicting standards for managed care.**Journal of Law, Medicine & Ethics**. 23 (1995) 236-246.

- MARINER, W. – Social Solidarity and personal responsibility in health reform. In. Second Biennial Seminar in Health Law and Bioethics., Boston: Boston University School of Public Health. [on publishing]
- MARINER, W. – Standards of care and standard form contracts: distinguishing patient rights and consumer rights in managed care. **The Journal of Contemporary Health Law and Policy**. 15:1 (1998) 1-55.
- MARQUES, M.M; MOREIRA, V. – A mão visível: mercado e regulação. Coimbra: Edições Almedina, 2003.
- MARTINS, J.C.L. – A insustentabilidade do actual SNS : a racionalização como condição da sua sobrevivência. In BARROS, P.P.; SIMÕES, J., org. – Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. 135 -141.
- MCCARTHY, T.; WHITE, K. – Origins of health services research. **Health Services Research**. 35:2 (June 2000) 375-387.
- MENDES V. – Lei dos médicos. Porto: Legis Editora, 2001.
- MILLER, R.; LUFT, H. – HMO Plan performance update: an analysis of the literature, 1997 – 2001. **Health Affairs**. 21:4 (July/August 2002). 63-86
- MIRANDA, J; MEDEIROS, R. – A Constituição anotada. Coimbra: Coimbra Editora, 2005. Vol. I.
- MOREIRA, V. – Auto-regulação profissional e administração pública. Coimbra: Edições Almedina, 1997.
- MOREIRA, V; MAÇAS, F. – Autoridades reguladoras independentes: estudo e projecto de Lei-Quadro. Coimbra: Coimbra Editora, 2003.
- MURPHY, E.[et al] – Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. **Health Technology Assesement**. 2, 1998.
- MURRAY, C; FRENK, J. - A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of The World Health Organization** [Em linha]. 78: 6 (2000), pp. 717.
- MURRAY; FRENK, - A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of The World Health Organization**. 78:6 (2000) p717 -731.

- MUSGROVE, P. – Health insurance: the influence of the Beveridge Report. **Bulletin of The World Health Organization**. 78:6 (2000). 845 – 855.
- NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL – Declaração Universal dos Direitos Humanos . In MIRANDA, J. – Direitos do Homem. 2.^a ed. Lisboa: Livraria Petrony, 1989.
- NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL – Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais. In MIRANDA, J. – Direitos do Homem. 2.^a ed. Lisboa: Livraria Petrony, 1989.
- NOVAIS, J. – Limites constitucionais à alteração do modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde. In PORTUGAL. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório final. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007.
- NUNES, R – Regulação da saúde. Porto: Vida Económica, 2005.
- NUNES, R; REGO, G. – Prioridades na saúde. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2002.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Luzes e sombras: a governação da saúde: relatório da Primavera 2007. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2007.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – O estado da Saúde e a saúde do Estado: relatório da primavera 2002. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Saúde: que rupturas? Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Um ano de governação em saúde: sentidos e significados: relatório de Primavera 2006. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.

- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – The reform of the health care systems in Portugal. Economics Department Working Papers, n.º 405, 2004.
- PATTON, M. – Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. **Health Services Research**. 34:5 (1999) 1189 - 1208.
- PEAR, R. – Without health benefits, a good life turns fragile. **New York Times**. (March 5, 2007).
- PEREIRA, J. - Economia da saúde : glossário de termos e conceitos. 4ª. ed. Lisboa : APES, 2004. (Documento de trabalho; 1/93)
- POPAY, J.,[et al.] – Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. **Qualitative Health Research**. 8:3 (1998) 341-351.
- POPE, C; MAYS, N. – Qualitative research in health care research. London: British Medical Journal Books, 1999.
- PORTARIA n.º 728/2006. I Série. 141 (06-07-24).
- PORTARIA n.º 91/2006. I Série B. 20 (06-01-27).
- PORTARIA n.º 1637/2007. D.R. I Série. 251 (07-12-31).
- PORTARIA n.º 310/2005. D.R. I Série B. 58 (05-03-23).
- PORTARIA n.º 349/96. D.R. I Série B. 183 (98-08-08).
- PORTARIA n.º 395-A/2007. D.R. I Série. 64 (07-03-03).
- PORTARIA n.º 787/99. D.R. I Série B. 205 (99-09-02).
- PORTARIA n.º 818/99. D.R. I Série B. 225 (99-09-25).
- PORTUGAL. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – Relatório final. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. 2007.
- PORTUGAL. GOVERNO – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado [Em linha]. [Consult. Disponível em

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MF/Comunicacao/Programas_e_Dossiers/20060330_MEAI_Prog_Prace.htm].

- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século: uma mudança centrada no cidadão: orientações para 1997. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 1997.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século: orientações para 1998. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 1998.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE.- Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2004.
- PRATA, A. – Dicionário jurídico. 3.^a ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1990.
- PREKER, A.; HARDING, A.; TRAVIS, P. – “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:6 (2000) 779-790.
- QUADAGNO, J. – One Nation, Uninsured: Why the U.S. has no national health insurance. New York: Oxford University Press, 2005.
- QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. – Manual de investigação em ciências sociais. 2.^a ed. Lisboa: Gradiva, Janeiro de 1998. (Trajectos, 17).
- REINHARDT, U. – Is there hope for the uninsured?. **Health Affairs. Web exclusive**. (27 August 2003).
- REIS, V. – O sistema de saúde português: donde vimos, para onde vamos. In BARROS, P.P; SIMÕES, J., org. – Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. 261 -297.
- RELMAN, A. – A second opinion: rescuing America's health care: a plan for universal coverage serving patients over profit. New York: The Century Foundation, 2007.
- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 1/2001. D.R. I Série A. 2 (01-01-03) 14-36.

- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 1/2001. D.R. I Série A. 2 (01-01-03) 14 – 36.
- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 64-A/2001. D.R. I Série A. 241 (01-10-17), 1.º suplemento.
- RIOUX, J.P. – A Revolução Industrial. 4.^a ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982. (Universidade Moderna, 40).
- RIVERS, P; TSAI, K. – Managing cost and managing care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 14:7 (2001). 302-307.
- ROSOFF, A. – The elusive goal of universal healthcare coverage: is the U.S. finally ready to take the plunge? In. 30th Health Law Professors Conference, Boston, June 1, 2007. Boston: ASLME.
- RUNDALLT. – Overview of the special supplement issue. Introduction. **Health Services Research**. 34: 4 (December 1999).1091-1099
- SAKELLARIDES, C. - De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Coimbra: Edições Almedina, 2005. (Olhares sobre a Saúde, 2).
- SAKELLARIDES, C. – Manifesto para um futuro melhor. In Aroso, A. [et al]. – O futuro da saúde em Portugal. 2.^a ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. 2007.
- SALTMAN, R.; FERROUSSIER-DAVIES, O. – The concept of stewardship in health policy. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:6 (2000). Special Theme: Health Systems. p. 732-739.
- SANTANA, P. – Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal. Coimbra: Edições Almedina, 2005. (Olhares sobre a Saúde, 3).
- SANTOS, A.; ARREIGOSO, V. – 25% da saúde já é privada. **Jornal Expresso**. 1847 (21 de Março de 2008).
- SANTOS, O. – Introdução à investigação qualitativa. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. Documentação de apoio ao módulo de Introdução à Informação e à Investigação em Saúde do 7.º Mestrado em Saúde Pública.

- SCUTCHFIELD, F; Keck, W. (ed). – Principles of Public Health. Colombia: Delmar Learning, 2002.
- SHI, L; SINGH, D. – Essentials of the U.S. health care system. Boston: Jones & Barlett Publishers, 2004.
- SHORTELL, S. – The emerge of qualitative methods in health services research : Editorial. **Health Services Research**. 34: 4 (December 1999).1083-1090.
- SILVA, P. – Convenção dos direitos do homem e da biomedicina: anotada. Lisboa: Edições Cosmos, 1997.
- SIMÕES, J. – Retrato político da saúde : dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina, 2004. (Olhares sobre a Saúde, 1).
- SOARES, R. – Perto de 20 por cento da população portuguesa já tem um seguro de saúde. **Jornal Público**. XVIII:6190 (11 de Março de 2007).
- SOFAER, S. – Qualitative methods: what are they and why use them?. **Health Services Research**. 34 : 4 (December 1999).1101-1118.
- SWARTZ, K. – Reinsuring health: why more middle-class people are uninsured and what government can do. New York: Russel Sage Foundation, 2006.
- TONER, R.; ELDER, J. – Most support U.S. Guarantee of Health Care. **New York Times**. (March 2 2007).
- TUGWELL - Measuring inequality: tools and na illustration. **International Journal for Equity in Health** [Em linha]. 5:1 (2006) 5. [consult. 20.Jan.2008].
- TURATO, E. – Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. 39:3 (Junho de 2005). 507-514.
- UNITED NATIONS – UN Millennium Development Goals. [Em linha]. New York. United Nations. [Consult. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>].
- USA. EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND LABOR ACT TECHNICAL ADVISORY GROUP (EMTALA TAG) – Emergency Medical Treatment & Labor Act. [Em linha]. Washington, D.C.: Centers for Medicare &

- Medicaid Services. U.S. Department of Health & Human Services. [Consult. 2008.02.04]. Disponível em http://www.coms.hhs.gov/FACA/07_emptalatag.asp .
- VENTURA, C. – O direito à saúde internacionalmente conformado: uma perspectiva de Direitos Humanos. **Lex Medicinæ**. 2 : 4 (2006) 49-68.
 - VITORINO, A. – Comentários à Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Cascais: Principia, 2002. (Publicações Universitárias e Científicas).
 - WHITEHEAD, M. – William Farr's legacy to the study of inequalities in health. **Bulletin of the World Health Organization**. 78:1 (2000). 86-96.
 - Williams, R. (2006)- Incorporating concepts of inequality and inequity into health benefits analysis. **International Journal for Equity in Health** [Em linha]. 5:1 (2006) 2. [consult. 20.Jan.2008].
 - WILLIAMS, S.; TORRENS, P. – Introduction to health Services. 6nd ed. New York: Delmar Publishers, 2002.
 - WOJTCZAK, A. – The concept, evolution and present problems of managed care in the United States. **International Journal of Public Health Education**. 2 (2000). B 70-81.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION – The Lubljana Charter on Reforming Health Care. [Em linha]Geneva. The World Health Organization. Regional Office for Europe, 1996. [Consult. Disponível em http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5].
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION – Constitution of the World Health Organization. [Em linha] Geneva: The World Health Organization, 1948. [Consult. 2007.05.04]. Disponível em <http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm>.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION – Glossary of globalization, trade and health terms. [Em linha]. Geneva: The World Health Organization. [Consult. Disponível em <http://www.who.int/trade/glossary/en/> .
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health promotion glossary. [Em linha] Geneva: The World Health Organization. [Consult. 2007.06.06]. Disponível em www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf .

- WORLD HEALTH ORGANIZATION – People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: World Health Organization, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The determinants of health. [Em linha]. Geneva: The World Health Organization. [Consult. 2007.08.04]. Disponível em <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/print.htm> .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2004: changing History. Geneva: World Health Organization, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization, 2007.

ANEXO I

GRELHA COMPARATIVA

	Sistema acesso universal (Portugal)	Sistema de acesso “não universal” (EUA)
Base legal		
Conteúdo		
Condições de acesso		
Garantias do direito		

ANEXO II

FICHAS DE RECOLHA

DE INFORMAÇÃO

(apellido, ano)

Autor:

Título:

Referência:

Localização no trabalho:

<input type="checkbox"/> Metodologia	<input type="checkbox"/> Enquadramento	<input type="checkbox"/> Acesso
<input type="checkbox"/> Saúde Pública	<input type="checkbox"/> Sistemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Direito de Acesso
<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> EUA	<input type="checkbox"/> Não-segurados

Palavras – chave:

[illegible]

ANEXO III

Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto

- 17 —
 18 —
 19 —
 20 — O emolumento devido pela prática dos actos compreendidos no regime especial de constituição imediata de associações de estudantes é reduzido em € 100, não sendo devida participação emolumentar pela referida redução.
 21 — (*Anterior n.º 20.*)
 22 — (*Anterior n.º 21.*)
 23 — (*Anterior n.º 22.*)
 24 — (*Anterior n.º 23.*)
 25 — (*Anterior n.º 24.*)
 26 — (*Anterior n.º 25.*)
 27 — (*Anterior n.º 26.*)
 28 — (*Anterior n.º 27.*)»

CAPÍTULO III

Disposições finais e transitórias

Artigo 24.º

Cadastro das associações

O RNPC promove e organiza o cadastro das associações mediante a sua inscrição no ficheiro central de pessoas colectivas.

Artigo 25.º

Norma transitória

Até à entrada em vigor do diploma orgânico do Instituto de Registos e Notariado, I. P., as competências atribuídas na presente lei são exercidas pela Direcção-Geral dos Registos e do Notariado.

Artigo 26.º

Norma revogatória

É revogada a alínea *i*) do artigo 4.º-F do Decreto-Lei n.º 252/92, de 19 de Novembro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 213/2001, de 2 de Agosto.

Artigo 27.º

Entrada em vigor

1 — A presente lei entra em vigor no dia 31 de Outubro de 2007.

2 — O disposto nos artigos 3.º e 13.º, quanto à emissão da regulamentação aí prevista, entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 28 de Junho de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 8 de Agosto de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 16 de Agosto de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Lei n.º 41/2007

de 24 de Agosto

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei aprova os termos a que deve obedecer a redacção e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, adiante designada por Carta dos Direitos de Acesso.

Artigo 2.º

Objectivo e conteúdo

1 — A Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, nos termos da presente lei.

2 — A Carta dos Direitos de Acesso define:

- a) Os tempos máximos de resposta garantidos;
- b) O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.

3 — A Carta dos Direitos de Acesso é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos.

4 — A Carta dos Direitos de Acesso é divulgada no portal da saúde e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, bem como em todos os que tenham convencionado a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.

Artigo 3.º

Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Para efeitos do disposto no artigo anterior, o Ministério da Saúde estabelecerá, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

2 — Gradualmente, os tempos máximos de resposta garantidos por tipo de prestação serão discriminados por patologia ou grupos de patologia.

3 — Cada estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde, tomando como referência a portaria referida no n.º 1, fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, os quais deverão constar dos respectivos plano de actividades e contratos-programa.

Artigo 4.º**Informação aos utentes**

De forma a garantir o direito dos utentes à informação, previsto no artigo 2.º da presente lei, os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e do sector convencionado são obrigados a:

a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelos utentes a informação actualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar os utentes no acto de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;

c) Informar os utentes, sempre que for necessário accionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;

d) Informar os utentes, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde estiver esgotada e for necessário proceder à referenciação para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);

e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação actualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados;

f) Publicar e divulgar, até 31 de Março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Actividades da Saúde.

Artigo 5.º**Reclamação**

É reconhecido aos utentes o direito de reclamarem para a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos legais aplicáveis, caso os tempos máximos garantidos não sejam cumpridos.

Artigo 6.º**Regime sancionatório**

O Governo aprovará o regime sancionatório por infracção ao disposto na presente lei, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da sua publicação.

Artigo 7.º**Avaliação**

1 — O Ministério da Saúde apresentará à Assembleia da República, até 31 de Maio, um relatório sobre a situação do acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e de avaliação da aplicação da presente lei, relativo ao ano anterior.

2 — Anualmente a comissão especializada permanente da Assembleia da República com competência específica na área da saúde elabora, publica e divulga um parecer sobre o relatório do Ministério da Saúde previsto no número anterior.

Artigo 8.º**Entrada em vigor**

A presente lei entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008 e produz efeitos com a aprovação dos contratos-programa para os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde do ano subsequente.

Aprovada em 5 de Julho de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 13 de Agosto de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 16 de Agosto de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Lei n.º 42/2007

de 24 de Agosto

**Terceira alteração à Lei n.º 74/98, de 11 de Novembro,
sobre a publicação,
a identificação e o formulário dos diplomas**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º**Alteração à Lei n.º 74/98, de 11 de Novembro**

O artigo 6.º da Lei n.º 74/98, de 11 de Novembro, alterada pelas Leis n.ºs 2/2005, de 24 de Janeiro, e 26/2006, de 30 de Junho, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 6.º

[...]

1 —

2 —

3 — Deve ainda proceder-se à republicação integral dos diplomas que revistam forma de lei, em anexo, sempre que:

a) Existam mais de três alterações ao acto legislativo em vigor, salvo se se tratar de alterações a Códigos;

b) Se somem alterações que abranjam mais de 20 % do articulado do acto legislativo em vigor, atenta a sua versão originária ou a última versão republicada.

4 — Deve também proceder-se à republicação integral dos diplomas, em anexo, sempre que:

a) [Actual alínea b) do n.º 3.]

b) [Actual alínea c) do n.º 3.]

5 — As alterações legislativas constantes da lei do Orçamento do Estado, independentemente da sua natureza ou extensão, não são objecto de republicação.»

Artigo 2.º**Republicação**

É republicada em anexo, que faz parte integrante da presente lei, a Lei n.º 74/98, de 11 de Novembro, com as